



L'engagement occupationnel des personnes
atteintes de la maladie de parkinson en EHPAD
à travers la pratique de la gymnastique douce

Mémoire d'initiation à la recherche

ANNEXE XI

CHARTRE ANTI-PLAGIAT



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e **Bérangère ROGER**

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à **Saint Sébastien de Morsent** *Le* **14 mai 2025** *signature*

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Ce mémoire marque la fin de mes trois années de formation d'ergothérapie. Celles-ci ont été autant difficiles, exigeantes qu'intenses, apprenantes et passionnantes. Certains jours n'ont pas été faciles, et pourtant, je suis fière d'avoir toujours réussi à faire de mon mieux. Alors, je souhaite prendre le temps de remercier chaleureusement, les personnes qui m'auront aidé, de quelque manière que ce soit, à accomplir mon rêve.

Tout particulièrement, je souhaite remercier ma maitre de mémoire, Stéphanie Lotito pour sa bienveillance, sa réactivité, sa patience et ses nombreux conseils. Ces nombreux encouragements et conseils m'ont permis de poursuivre mes recherches, améliorer la qualité de ma rédaction et être fière de mon travail final.

Également, je remercie les quatre ergothérapeutes interrogés dans le cadre de cette étude qui m'ont permis d'approfondir ma réflexion. Ils ont constitué une source d'échanges tant pertinents pour mon mémoire qu'enrichissants pour ma future pratique professionnelle.

J'ajoute également quelques mots à mes tuteurs de stage. Je vous remercie pour les expériences riches que vous m'avez permis d'acquérir et qui ont renforcé mon sens critique ainsi que ma vision professionnelle en tant que future ergothérapeute.

Aussi, je désire prendre le temps de remercier mes proches et plus particulièrement mes parents et mon frère. Merci pour votre soutien, merci pour votre amour et surtout, merci d'avoir toujours cru en moi.

Merci à Hugo pour les moments de joie, ta gentillesse infinie et ton soutien. Aussi, merci à toi, Lou, ma camarade de promotion au bel accent du Sud. Nos sorties, nos fou rires et votre compagnie vont me manquer.

Enfin, ces derniers mots sont destinés à moi-même : Reste toi-même et crois en toi.

« Toute personne est plus que ce que la maladie fait d'elle »

Jean Vanier

« J'ai appris que le courage, ce n'est pas l'absence de peur, mais la capacité de la vaincre »

Nelson Mandela

Table des matières

Introduction.....	1
1. Cadre contextuel.....	3
1.1. La personne âgée.....	3
1.2. La maladie de Parkinson.....	4
1.2.1. Neuropathologie.....	4
1.2.2. Épidémiologie.....	4
1.2.3. Facteurs de risques.....	4
1.2.4. Évolution de la maladie.....	5
1.2.4.1. Phase initiale.....	5
1.2.4.2. Phase d'équilibre thérapeutique.....	5
1.2.4.3. Phase de complications.....	5
1.2.4.4. Phase avancée.....	6
1.2.5. Symptomatologie.....	6
1.2.5.1. Symptômes moteurs.....	6
1.2.5.2. Symptômes cognitifs.....	6
1.2.5.3. Autres symptômes.....	6
1.2.6. Traitements.....	7
1.3. L'EHPAD.....	7
1.3.1. Définition.....	7
1.3.2. Législation en EHPAD.....	8
1.3.3. Professionnels intervenant en EHPAD.....	9
2. Cadre conceptuel.....	9
2.1. L'ergothérapie.....	9
2.1.1. Définition.....	9
2.1.2. Champs de compétences de l'ergothérapeute.....	9
2.1.3. Ergothérapie et Activité de Vie Quotidienne (AVQ).....	10
2.1.4. L'ergothérapeute en EHPAD.....	11
2.1.5. L'ergothérapie auprès de la personne atteinte de la maladie de Parkinson.....	11
2.2. Activité physique auprès de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson.....	12
2.2.1. Activité physique.....	12
2.2.2. La pratique de l'activité physique et personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson	13
2.2.3. Cas de la gymnastique douce.....	13
2.2.4. Ergothérapie et gymnastique douce.....	14

2.3. Le Modèle de l'Occupation Humaine, vers l'engagement occupationnel	15
2.3.1. Le modèle conceptuel en ergothérapie.....	15
2.3.2. Les composantes du MOH.....	16
2.3.3. L'engagement occupationnel	17
2.4. Le MOHOST et les habiletés motrices	18
2.4.1. Généralités	18
2.4.2. Volition	19
2.4.3. Habituation	19
2.4.4. Habiletés	20
2.4.4.1. Habiletés motrices	20
2.4.4.2. Habiletés motrices requises à la gymnastique douce	20
2.4.4.3. Habiletés motrices et maladie de Parkinson au cours des AVQ	21
2.4.4.4. Habiletés motrices et ergothérapie.....	21
Conclusion du cadre théorique	21
3. Cadre expérimental	23
3.1. Méthodologie d'enquête.....	23
3.1.1. Enjeux de l'enquête	23
3.1.2. Population d'enquête	23
3.1.3. Modalités de recrutement.....	24
3.1.4. Choix de l'outil d'enquête	24
3.1.5. Conception de l'outil	25
3.1.6. Passation d'entretiens.....	26
3.2. Présentation et analyse des résultats.....	27
3.3. Discussions.....	37
3.3.1. Confrontation des données.....	37
3.3.1.1. Une sous-utilisation du MOH.....	37
3.3.1.2. Le MOHOST un outil méconnu pour des évaluations normées	38
3.3.1.3. La gymnastique douce comme activité régulière	38
3.3.2. Vérification de l'hypothèse.....	39
3.3.3. Limites et biais de l'étude	40
3.3.4. Intérêts	41
3.3.5. Perspectives	41
Conclusion	43
Bibliographie.....	45
Annexes.....	52

Liste des abréviations

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVQ : Activités de Vie Quotidienne

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupement Iso Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

MP : Maladie de Parkinson

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

Introduction

Attirée par la population gériatrique, j'ai progressivement nourri le souhait d'exercer auprès des personnes âgées. Lors de mes différentes expériences de stage, j'ai été particulièrement sensible à la complexité des besoins de ce public ; aussi bien sur la fragilité croissante et l'enjeu de leur maintien d'autonomie, que sur leur vulnérabilité et la préservation de leurs activités significatives afin de maintenir une qualité de vie. Par mes expériences, j'ai saisi l'importance de l'accompagnement global de ces personnes âgées pour maintenir leur qualité de vie. Ainsi, c'est tout naturellement que j'ai souhaité orienter mon mémoire d'initiation à la recherche vers une problématique affectant fréquemment ce public : les maladies neurodégénératives, plus précisément, la maladie de Parkinson (MP).

La MP est une pathologie chronique et évolutive et est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer ([Institut Pasteur, 2024](#)). L'âge moyen de diagnostic est de 58 ans. La prévalence de cette maladie ne cesse d'augmenter avec 11,8 millions de personnes atteintes dans le monde en 2021 et une estimation de 25,2 millions de personnes qui seront atteintes en 2050 en raison du vieillissement de la population ([Dongning Su, 2025](#)). Cette maladie est causée par une détérioration de neurones impliqués dans la régulation des mouvements corporels, notamment les mouvements automatiques comme la marche, la coordination, les mouvements du corps ainsi que le tonus musculaire. Aussi, des troubles non moteurs peuvent également survenir, comme des troubles du sommeil, de l'attention, ou bien encore des symptômes dépressifs ([France Parkinson, s.d.](#)). L'apparition de ces différents troubles peut, par conséquent, complexifier le quotidien des personnes atteintes.

Cette pathologie m'a particulièrement interpellée lors d'un stage réalisé au sein d'un EHPAD, où j'ai eu l'opportunité de suivre une résidente atteinte de la MP. Âgée de plus de 60 ans, cette personne présentait des difficultés dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne (AVQ), telles que se nourrir, se déplacer ou encore effectuer sa toilette de façon indépendante. Cette situation m'a confrontée à la réalité du quotidien de nombreuses personnes atteintes de cette maladie, et a suscité en moi de nombreuses interrogations, tant sur le plan fonctionnel qu'occupationnel. Face à l'ampleur des répercussions de la maladie sur les capacités physiques, mais aussi sur

la motivation et l'engagement dans les occupations, je me suis demandé : **la personne atteinte de la maladie de Parkinson peut-elle réaliser pleinement ses activités en EHPAD avec les symptômes entraînés par la maladie ?** C'est pourquoi j'ai choisi de diriger mon mémoire d'initiation à la recherche sur la thématique de l'engagement occupationnel des personnes âgées atteintes de la MP.

Cette question a fait émerger le thème de ce mémoire, centré sur l'engagement occupationnel des personnes âgées atteintes de la MP. Il est un concept clé en ergothérapie, puisqu'il renvoie à la capacité de la personne à s'impliquer de manière active, significative et satisfaisante dans les activités de son quotidien. L'engagement occupationnel peut être mis à mal par divers facteurs liés à la maladie (tels que des limitations physiques, fatigabilité, fluctuations motrices, anxiété liée à la performance). Comprendre comment ces éléments interagissent et quels leviers peuvent être mobilisés pour soutenir cet engagement malgré les troubles me paraît essentiel pour améliorer la qualité de l'accompagnement en ergothérapie auprès de ce public.

A travers ce travail de recherche, je souhaite approfondir ma compréhension de l'impact de la MP sur les occupations de la personne âgée. Pour ce faire, je développerai dans un premier temps le cadre contextuel, dans lequel seront définies les notions de vieillissement, de maladie de Parkinson, ainsi que les enjeux liés aux occupations de ce public. Puis, le cadre conceptuel viendra préciser les concepts clés en lien avec cette thématique tels que l'engagement occupationnel selon le Modèle de l'Occupation Humaine en ergothérapie, et permettra de poser la question de recherche ainsi que l'hypothèse. La partie expérimentale décrira la méthodologie adoptée pour réaliser l'enquête, les résultats obtenus et leur analyse. Enfin, une conclusion viendra clore cet écrit en mettant en lumière les principaux apports, limites et perspectives de cette recherche.

1. Cadre contextuel

1.1. La personne âgée

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la personne âgée comme étant une personne âgée de 60 ans et plus. Cette limite d'âge a d'ailleurs été retenue par les réglementations françaises au sujet de l'attribution de prestations et de dispositifs médicaux ou sociétaux de régime vieillesse. ([OMS, 2024](#))

L'OMS divise la vieillesse en trois catégories :

- Entre 60 à 75 ans, les personnes sont considérées comme jeunes senior ; début de la vieillesse ; premier palier
- Entre 75-90 ans, les personnes sont considérées comme seniors ; vieillesse tardive
- De 90 ans et plus, les personnes sont considérées comme étant des grands seniors, ce qui correspond au quatrième âge

Pourtant, bien qu'une limite d'âge administrative ait été définie à 60 ans, le *“vieillissement reste une notion subjective qui varie au sein d'un même échantillon, selon le ressenti de chaque individu et la perspective que celui-ci se fait du vieillissement.”* ([Bréchat et al., 2008](#))

L'OMS définit le vieillissement comme étant un ensemble de processus physiologiques et psychologiques progressifs modifiant la structure et les fonctions de l'organisme dès 60 ans. Trois catégories de vieillissement ont d'ailleurs été définies :

- Le vieillissement biologique : La personne vieillissante présente progressivement un déclin des capacités fonctionnelles motrices et cognitives
- Le vieillissement psychologique : il peut impacter l'estime, la représentation de l'image de soi et le moral de la personne. Celui-ci peut s'illustrer par la perte de désir à séduire, l'isolement ou bien la dépendance
- Le vieillissement social : L'avancée en âge peut entraîner quelques transformations dans les rôles sociaux, les relations et les statuts au sein d'une société ([OMS, 2024](#))

A noter que le vieillissement peut entraîner des pathologies neurodégénératives, telle que la MP ([Dongning Su, 2025](#)). Ainsi, le vieillissement est un processus complexe qui

impacte différentes dimensions de la vie humaine. Bien qu'il s'agisse d'un processus naturel, le vieillissement peut s'associer à l'apparition de pathologies neurodégénératives. Parmi celles-ci, la MP impacte significativement l'autonomie et l'indépendance des personnes concernées.

1.2. La maladie de Parkinson

1.2.1. Neuropathologie

La Maladie de Parkinson est une pathologie neurodégénérative progressive résultant d'une dégénérescence des neurones. Ceux-ci se situent dans la substance noire du mésencéphale et sécrètent la dopamine (neurones dopaminergiques). Comme expliqué par une étude publiée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale ([INSERM, 2022](#)), lorsqu'une personne est atteinte de la MP, la protéine de dopamine est remplacée par une protéine, l'alpha synucléine. Or, la dopamine joue un rôle essentiel dans la communication entre les neurones, son altération impacte les mouvements corporels des personnes atteintes de MP.

1.2.2. Épidémiologie

D'après une publication de la [Fondation pour la Recherche Médicale](#), la MP est la 2^e maladie neurodégénérative la plus fréquente en France après la maladie d'Alzheimer, et touche environ 27 000 nouvelles personnes chaque année. En 2020, environ 175 000 personnes étaient recensées comme atteintes de la MP en France ([Santé publique France, 2023](#)). En comparaison au nombre de personnes atteintes en 2015, ce chiffre devrait augmenter de 56 % d'ici 2030, selon une étude menée par l'INSERM ([INSERM, 2022](#)). La maladie touche principalement les personnes âgées de plus de 60 ans, avec une prévalence qui augmente avec l'âge. Le nombre de cas et de nouveaux cas augmente de manière continue entre 45 et 80 ans, avant d'atteindre un pic entre 85 et 89 ans, puis diminue ([Santé publique France, 2023](#)).

Le nombre de personnes atteintes de cette maladie augmente et son évolution lente rend, par conséquent, les symptômes plus invalidants avec l'âge.

1.2.3. Facteurs de risques

Divers facteurs peuvent entraîner l'apparition de la MP chez certaines personnes. Parmi ceux-ci, l'avancée en âge et le déclin biologique du vieillissement

peuvent en être à l'origine. De plus, des facteurs environnementaux, tels que l'exposition prolongée à certains produits chimiques peuvent être un déclencheur de la maladie. Pour finir, des facteurs génétiques tels que la mutation d'un gène complexifiant le développement d'une protéine (l'alpha-synucléine), bien que plus rarement, sont également évoqués. Ces différents facteurs font encore l'objet d'études afin de favoriser l'élaboration de traitements en vue de prévenir l'apparition de cette maladie et d'arrêter son développement. ([France Parkinson](#), s.d.)

1.2.4. Évolution de la maladie

Une campagne de sensibilisation sur la MP diffusée par [l'Association France Parkinson](#), informe que la personne atteinte peut présenter divers symptômes pouvant s'accroître selon l'évolution et la phase de la maladie dans laquelle la personne se trouve :

1.2.4.1. Phase initiale

Cette phase correspond à l'apparition des premiers symptômes avec, principalement, un ralentissement moteur notable tels qu'un ralentissement significatif des mouvements corporels, des dyskinésies de l'hypertonie extrapyramidale (rigidité des membres), des tremblements rythmiques non-contrôlables au repos ainsi que de l'athétose (mouvements involontaires lents et sinueux principalement aux extrémités, [Le Robert](#)).

1.2.4.2. Phase d'équilibre thérapeutique

S'ensuit la phase d'équilibre thérapeutique (ou "lune de miel") correspondant à la période où l'efficacité du traitement est optimale pour maintenir des occupations malgré la présence des symptômes.

1.2.4.3. Phase de complications

La phase de complications est décrite par une alternance de phases ON et OFF entraînant lors de celle-ci, une fluctuation significative de l'activité motrice de durée variable (de quelques secondes à quelques minutes). Lors d'une phase « OFF », des symptômes neuropsychiatriques tels que des hallucinations, de l'apathie ou de l'anxiété peuvent apparaître. Tandis qu'en période "ON", une désinhibition, un verbiage et une hyperactivité peuvent apparaître. ([NeuronUp](#), 2023)

1.2.4.4. Phase avancée

Pour finir, la maladie évoluant, la phase avancée de la maladie est annoncée. Celle-ci correspond à la prépondérance des symptômes caractéristiques de la MP chez la personne, tels qu'ils vont être décrits dans la partie suivante.

1.2.5. Symptomatologie

1.2.5.1. Symptômes moteurs

Sur le plan moteur, les déplacements de ces personnes deviennent davantage coûteux en temps et en énergie en raison d'une marche difficile et/ ou de la présence de troubles de l'équilibre qui entraînent une fatigue intense. Cela s'illustre par la triade pathognomonique regroupant les différents symptômes moteurs. Il s'agit de tremblements, d'akinésie et d'hypertonie. Les tremblements intermittents au repos, affectent d'avantages les membres supérieurs et touchent environ 70% des patients. L'akinésie quant à elle s'illustre par une lenteur dans l'exécution et la coordination des mouvements affectant particulièrement la marche. Enfin, la personne peut présenter une hypertonie musculaire correspondant à une forte rigidité des muscles et qui est régulièrement responsable d'une camptocormie (courbure prononcée du dos vers l'avant). ([Institut Pasteur](#), 2024)

1.2.5.2. Symptômes cognitifs

Selon l'[Association France Parkinson](#) des troubles cognitifs peuvent s'illustrer par des difficultés de concentration pouvant entraver le suivi de conversation ou de lecture ainsi qu'une lenteur à réfléchir. Aussi, des troubles mnésiques tels que des difficultés à se rappeler de certains souvenirs (mémoire épisodique) ou des difficultés à organiser plusieurs tâches du quotidien (mémoire procédurale) peuvent être remarquées chez ce public. Ensuite, des troubles de flexibilité et d'adaptation peuvent émerger. Pour finir, des troubles de la communication (tels que des troubles du contrôle de l'intensité de la voix, de l'expression du visage, manque du mot, fluidité verbale) peuvent être recensés. ([Khosravi](#), 2016)

1.2.5.3. Autres symptômes

Également peuvent être observés des troubles psychiques tels que la dépression, l'anxiété et les sautes d'humeur. Aussi, les personnes atteintes de la MP peuvent présenter des troubles du sommeil. ([Khosravi](#), 2016)

Sur le plan de l'alimentation, des pertes d'appétit voire des situations de dénutrition peuvent être observées en raison de l'apparition de troubles moteurs causant la perte des réflexes de déglutition (dysphagie) et par conséquent des risques d'étranglement. Pour suivre, il peut être recensé des troubles digestifs tels que des nausées. ([France Parkinson](#), 2024) Au-delà des atteintes corporelles et mentales, la MP impacte la manière dont la personne se projette dans son quotidien. Les fluctuations de l'état général, les douleurs, la lenteur d'exécution et les troubles de l'initiative peuvent restreindre l'accès aux activités antérieurement plaisantes. Ce retrait progressif peut favoriser un isolement social, une perte d'estime de soi et une baisse de motivation de la personne au cours des activités. ([France Parkinson](#), s.d.)

1.2.6. Traitements

Afin d'améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de la MP, différents plans sont menés par le ministère de la santé. ([Ministère de la Santé](#), 2015) ([Ministère de la Santé](#), 2023). Pour l'heure, la prise en charge des patients repose principalement sur l'administration de dopaminergiques (Lévodopa) afin de combler le déficit en dopamine en agissant sur la rigidité musculaire et la réduction des tremblements au repos.

Également, différentes méthodes de rééducation non médicamenteuses se développent. Ces méthodes basées sur l'activité physique régulière et variée, visent à maintenir ou améliorer les capacités physiques, l'équilibre, la marche et les mouvements fonctionnels des patients parkinsoniens. Toutefois, aucune technique ne s'est révélée supérieure à une autre. Ces prises en soins permettent de réduire l'intensité des complications, telles que les chutes. L'accompagnement repose sur une approche pluridisciplinaire. ([HAS](#), 2019) Toutefois, l'évolution de la maladie et la coordination des divers professionnels peut nécessiter l'intégration à une institution telle qu'un EHPAD. ([HAS](#), 2007)

1.3. L'EHPAD

1.3.1. Définition

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées de 60 ans et plus en situation de dépendance. Ces personnes ayant besoin d'un

accompagnement pour les soins ou l'accomplissement d'AVQ, peuvent être hébergées à temps partiel ou temps complet de façon temporaire ou permanente. ([CNSA](#), 2025)

En France, sur 6,4 millions de personnes âgées d'au moins 75 ans, 10 % vivent en établissement d'hébergement tel que les EHPAD ([DRESS](#), 2024). Aussi, environ 6 % des personnes de cette même tranche d'âge atteintes de la MP sont institutionnalisées, contre 2 % qui vivent à domicile ([DREES](#), 2016).

1.3.2. Législation en EHPAD

La loi du 2 janvier 2002 a instauré une réforme des EHPAD (anciennement « Maisons de retraite »). Celle-ci vise à améliorer le quotidien des personnes âgées en termes de « lieu de vie » et de « prise en charge individualisée ». Cela permet aux résidents des EHPAD d'auto-déterminer leurs préférences du déroulé de leur journée en tenant compte des troubles et difficultés qu'ils rencontrent. ([LégiFrance](#), 2002) Cette loi encourage également la participation active des résidents dans la construction de leur projet de vie, en s'appuyant sur une approche personnalisée et pluridisciplinaire. L'objectif est de permettre à chaque résident d'exercer ses choix, de maintenir ses habitudes de vie et d'être acteur de son quotidien, malgré les atteintes liées à l'âge ou à la maladie.

Les institutions hébergeant un public gériatrique, tel que les EHPAD, sont aussi soumises à la charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie en EHPAD rédigée par la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG). Cette charte garantit le respect des droits fondamentaux des personnes âgées institutionnalisées par 14 recommandations dont la 6ème est l'encouragement à maintenir des activités et la 8ème, le droit à la préservation de l'autonomie. ([Ministère de la Santé](#), 2009)

D'ailleurs, afin d'évaluer le niveau d'autonomie de la personne âgée, les établissements utilisent une grille "AGGIR" qui permet de classer selon six GIR (Groupement Iso Ressource) les capacités de la personne à accomplir des activités. Ce GIR est déterminé par les professionnels intervenant en EHPAD, tels que le médecin coordinateur en concertation avec son équipe pluridisciplinaire. Dans ce cadre, les professionnels de l'EHPAD, dont les ergothérapeutes, jouent un rôle central

pour l'évaluation de l'autonomie et sa préservation par la mise en place d'activités adaptées et significatives. ([Annexe I](#))

1.3.3. Professionnels intervenant en EHPAD

Un EHPAD doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur, un infirmier titulaire du diplôme d'État, aides-soignants et aides médico-sociaux-psychologiques. ([CNSA](#), 2025) Parmi les professionnels en EHPAD, l'ergothérapeute détient une place au sujet du parcours de réadaptation de la personne âgée. Ce qui m'amène à la question de recherche suivante : **“En quoi l'ergothérapeute permet-il de renforcer l'engagement occupationnel de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson résidant en EHPAD ?”**

2. Cadre conceptuel

2.1. L'ergothérapie

2.1.1. Définition

L'ergothérapeute est un professionnel de santé, pouvant exercer dans les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Il participe à l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale de personnes de tous âges qui font face à diverses problématiques. Celui-ci évalue et traite les difficultés rencontrées lors des AVQ, en cherchant à prévenir, adapter ou modifier les occupations des personnes pour qu'elles soient réalisées de manière sécurisée, autonome et efficace. Ce professionnel porte une attention particulière à la satisfaction du patient et à l'importance qu'il se fait de ses occupations. ([ANFE](#), s.d.)

2.1.2. Champs de compétences de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute adapte son accompagnement auprès du public concerné avec l'aide des compétences qu'il possède. En effet, il est entre autres, en mesure d'évaluer et analyser les situations, de concevoir et mettre en œuvre des projets d'intervention. De plus, il accompagne la personne tout au long de son parcours de soins, souvent en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire. L'accompagnement de l'ergothérapeute tente de promouvoir l'autonomie et la qualité de vie, tout en adoptant une démarche réflexive et éthique. ([Ministère de la Santé](#), s.d.)

Ce professionnel peut accompagner des personnes atteintes de la MP dans différents lieux. Qu'il s'agisse de centres tels que les établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), le domicile (professionnels libéraux, équipes mobiles, CLIC), les établissements dans le domaine de la psychiatrie ou encore les institutions hébergeant une population gériatrique telles que l'EHPAD.

L'ergothérapeute peut donc exercer ses compétences dans une diversité de lieux, adaptés aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Parmi ses nombreuses missions, l'accompagnement dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) constitue un axe central de son intervention, en particulier auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

2.1.3. Ergothérapie et Activité de Vie Quotidienne (AVQ)

Les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) regroupent les gestes essentiels de la vie de tous les jours, tels que se nourrir, s'habiller, se laver, aller aux toilettes et se déplacer. ([Isaac, 2023](#)) Ces activités, qui peuvent être perturbées par le vieillissement ou certaines pathologies telle que la MP, sont au cœur de l'intervention de l'ergothérapeute. Effectivement, ce professionnel évalue, par exemple par observations, les capacités et les limites de la personne au cours des AVQ. Ensuite, si des difficultés sont identifiées, l'ergothérapeute propose des stratégies ou des moyens techniques pour les compenser ou les restaurer. Il peut également intervenir sur l'environnement (tel que le domicile) pour améliorer la sécurité (adaptation du logement, aides techniques, conseils à l'entourage). ([Isaac, 2023](#))

Ainsi, les AVQ représentent un domaine d'intervention central pour l'ergothérapeute, notamment auprès des personnes âgées dont l'autonomie est fragilisée. Ce rôle prend une dimension particulière en institution, où les enjeux liés à la qualité de vie, à la nécessité d'un accompagnement individualisé et à l'environnement sont d'autant plus présents. C'est notamment le cas en EHPAD, où l'ergothérapeute occupe une place spécifique dans le parcours de soin et de vie des résidents.

2.1.4. L'ergothérapeute en EHPAD

L'ergothérapeute en gériatrie tente de maintenir les activités physiques et psychosociales du sujet âgé tout en prévenant les complications liées aux pathologies de ce public vieillissant (tels que des troubles cognitifs et moteurs) ainsi qu'à leurs impacts au cours de la vie quotidienne. Celui-ci intervient pour favoriser l'autonomie, la rééducation et la sécurité des résidents tout en soutenant l'équipe pluridisciplinaire avec des actions de prévention des risques professionnels.

L'ergothérapeute évalue les troubles et leur impact dans la vie quotidienne, puis préconise et met en place des stratégies compensatoires (telles que des aides techniques, technologiques, des adaptations environnementales) ou bien des ateliers de stimulation dans le but de les réduire. ([AFEG](#), s.d.)

2.1.5. L'ergothérapie auprès de la personne atteinte de la maladie de Parkinson

Tout d'abord, l'accompagnement proposé par l'ergothérapeute est individualisé et évalue les capacités et difficultés rencontrées par la personne. Cet accompagnement vise à limiter les répercussions fonctionnelles liées à la MP et favoriser une revalorisation de la personne âgée dans ses activités. L'accompagnement de la personne atteinte de MP peut se présenter de différentes façons.

L'ergothérapeute peut intervenir en proposant des aménagements adaptés. Ces ajustements visent à maintenir ou restaurer les capacités physiques de la personne, en réduisant les obstacles à la participation causés par les symptômes moteurs de la maladie. En tenant compte des besoins spécifiques de chacun, l'ergothérapeute agit pour soutenir l'autonomie dans un environnement sécurisé, propice à l'expression de soi et au maintien de la qualité de vie. L'ergothérapeute peut intervenir dans l'ensemble des AVQ, qu'il s'agisse de préconisation telle que par la réorganisation de l'environnement (adaptation du mobilier, sécurisation de l'espace), la mise en place d'aides techniques (cannes, couverts ergonomiques, dispositifs antidérapants...) permettant de compenser les symptômes présentés par la personne atteinte de la MP ([Hereson](#), 2023). Aussi, l'ergothérapeute conseille la personne pour optimiser les

gestes du quotidien. L'objectif est de préserver, autant que possible, l'autonomie fonctionnelle tout en soutenant le bien-être global de la personne.

Dans cette optique, l'ergothérapeute peut accompagner les personnes atteintes de la MP en se concentrant sur le maintien et le développement des capacités motrices. Ainsi, en complément des aménagements et des compensations mis en place au quotidien, des séances de réadaptation par un médiateur d'activités physiques peuvent être menées par l'ergothérapeute. En effet, l'activité physique constitue un axe d'intervention central pour soutenir l'autonomie et la qualité de vie des personnes atteintes de la MP.

2.2. Activité physique auprès de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson

2.2.1. Activité physique

L'activité physique est définie par l'OMS comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique permet, chez les adultes et les personnes âgées, de réduire le risque de mortalité et d'améliorer la santé mentale et cognitive, le sommeil et la masse adipeuse mesurée. ([OMS](#), 2024). Adaptée aux capacités de chacun, elle peut devenir un véritable outil thérapeutique, dans une visée à la fois préventive, fonctionnelle et psychosociale

L'encadrement de professionnels de santé, tel que l'ergothérapeute, est essentiel pour garantir une pratique sécurisée et efficace de l'activité physique chez les personnes atteintes de la MP. En effet, selon l'article D1172-2 du Code de la santé publique, modifié par le décret n°2023-234 du 30 mars 2023, les professionnels de santé habilités à réaliser des séances d'activité physique sont le Masso-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les personnes disposant d'un diplôme de sport en santé. Ils interviennent dans le cadre du parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques (telle que la MP). Cette disposition confirme et légitime le rôle des ergothérapeutes dans l'accompagnement des activités physiques auprès de ces publics, et soutient leur implication dans des interventions thérapeutiques telles que la gymnastique douce. ([Légifrance](#), 2023)

Effectivement, ils adaptent les exercices aux capacités des personnes, tout en considérant l'évolution de la maladie et des éventuelles limitations qu'ils peuvent présenter. Aussi, le soutien qu'ils apportent au cours de l'activité contribue à renforcer la motivation des participants ce qui favorise leur bien-être global. L'intégration de l'exercice physique dans le parcours de soins des personnes atteintes de la MP est donc indispensable pour maintenir leur autonomie et leur qualité de vie. ([France Parkinson](#), 2024)

2.2.2. La pratique de l'activité physique et personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson

L'accompagnement des personnes âgées atteintes de la MP peut s'effectuer par la mise en place d'activités physiques adaptées, visant à préserver leurs capacités motrices, leur autonomie et leur qualité de vie. ([HAS](#), 2022)

Une enquête menée sur l'activité physique et la MP en 2024 annonce que sur 3 347 Parkinsoniens interrogés, 23 % pratiquent de la gymnastique douce. Cette proportion notable illustre l'intérêt porté à la pratique de l'activité gymnastique douce par les personnes atteintes de la MP. ([France Parkinson](#), 2024) Cette proportion est d'autant plus remarquable que l'on note une faible implication de ce public dans les activités physiques, leur engagement est donc à encourager. La gymnastique douce par son profil doux et sécurisant semble représenter une source d'activité physique adaptée pour ce public.

2.2.3. Cas de la gymnastique douce

La gymnastique douce a été retenue comme objet d'étude dans ce mémoire en raison de sa pertinence à la fois sur les plans thérapeutique, fonctionnel et humain. Contrairement à d'autres formes d'activités plus intensives ou plus techniques (comme la marche rapide ou le vélo), la gymnastique douce se distingue par sa capacité à s'adapter à un public présentant des limitations motrices importantes, tout en permettant un engagement progressif et sécurisant. Elle apparaît comme une alternative accessible, modulable et bien tolérée, particulièrement pertinente en EHPAD où les capacités physiques des résidents peuvent être hétérogènes.

Cette activité se compose généralement de séquences d'exercices à faible intensité, réalisées à un rythme lent et adapté. Elle débute souvent par un échauffement, suivi de mouvements mobilisant les différentes parties du corps (membres supérieurs, inférieurs, tronc), avec une attention portée sur la respiration et la posture, et se termine par des étirements ou une séquence de relaxation. Les séances peuvent se dérouler debout, assis, ou en alternant les deux positions, selon les capacités des participants. La variété et la répétition des exercices permettent à chacun de progresser à son rythme.

La gymnastique douce, par ses mouvements lents, progressifs et sécurisants, "favorise la mobilité, réduit les symptômes et retarde la progression de la maladie" ([France Parkinson](#), 2024). Bien que l'activité présente des bénéfices physiques, la gymnastique douce agit également sur le plan psychologique, en renforçant l'estime de soi, la motivation et le sentiment de compétence. Puisqu'en effet, lorsqu'elle est pratiquée en groupe, elle favorise la création ou le maintien de liens sociaux, contribuant ainsi à lutter contre l'isolement souvent rencontré en EHPAD.

2.2.4. Ergothérapie et gymnastique douce

La gymnastique douce peut s'inscrire dans un projet thérapeutique en ergothérapie, car elle répond à plusieurs objectifs moteurs et cognitifs. Sur le plan moteur, elle permet de travailler la souplesse musculaire, la coordination, l'équilibre et la fluidité gestuelle. Toutes ces fonctions étant souvent altérées par la MP. ([France Parkinson](#), 2024) Elle mobilise aussi les amplitudes articulaires par le biais d'exercices réalisés de façon sécurisée, ce qui contribue à prévenir les raideurs musculaires. Sur le plan cognitif, la réalisation de mouvements guidés, souvent rythmés ou séquencés, stimule l'attention, la concentration et la mémoire procédurale. Ces exercices peuvent également inclure une composante de planification motrice et d'orientation temporo-spatiale.

Au-delà de l'aspect moteur, cette activité repose sur des valeurs fondamentales telles que l'écoute du corps, la bienveillance, le respect du rythme individuel et la recherche d'un bien-être global. Elle favorise une approche holistique de la personne, en prenant en compte ses besoins physiques, cognitifs et sociaux. Pratiquée en groupe, elle permet de rompre l'isolement, de créer du lien social et de renforcer le sentiment

d'appartenance, autant d'éléments essentiels au bien-être psychologique des résidents en EHPAD.

Ainsi, la gymnastique douce, en tant qu'activité occupationnelle adaptée, peut pleinement s'inscrire dans un projet de soins coordonné par l'ergothérapeute comme l'indiquent les recommandations actuelles en matière d'activité physique à destination des personnes atteintes de la MP. ([HAS](#), 2022) Effectivement, l'intervention de ce professionnel repose sur une démarche scientifique structurée permettant d'analyser le patient et son environnement, en s'appuyant sur des modèles conceptuels.

2.3. Le Modèle de l'Occupation Humaine, vers l'engagement occupationnel

2.3.1. Le modèle conceptuel en ergothérapie

D'après Marie Chantal Morel Bracq, *“Un modèle conceptuel est une construction théorique qui regroupe des concepts spécifiques et établit les relations entre eux. Il fournit un cadre pour analyser une situation, identifier des problématiques et orienter l'intervention ergothérapique en cohérence avec les objectifs de la discipline”*. ([Morel Bracq](#), 2020). Parmi ces modèles, se démarque le Modèle de l'Occupation Humaine.

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) a été développé aux Etats-Unis par Gary Kielhofner en 1980 et, en adoptant une approche holistique (c'est-à-dire considérer la personne dans sa globalité), permet de comprendre le fonctionnement occupationnel de la personne. Le MOH offre, à l'ergothérapeute, la possibilité de décrire les facteurs internes ou externes qui permettent la bonne réalisation ou non d'une occupation par le sujet. Ce modèle permet de mettre en évidence les occupations significatives de la personne, autrement dit, les activités qui ont du sens pour celle-ci.

Ce modèle centré sur les occupations, permet de mettre en relation les interactions entre la personne, ses capacités, ses occupations et l'environnement. Or, l'environnement joue un rôle important dans l'engagement des personnes âgées. En EHPAD, les repères spatio-temporels, la présence de professionnels, les relations sociales et l'aménagement physique peuvent influencer la participation des résidents aux activités. Aussi, un environnement perçu comme sécurisant et stimulant peut

renforcer la motivation et le sentiment de compétence. En effet, le contexte institutionnel, les interactions avec les autres résidents ou encadrants de l'activité, ou encore les locaux de l'EHPAD peuvent également influencer significativement l'engagement de la personne.

2.3.2. Les composantes du MOH

Il me paraît particulièrement intéressant d'employer ce modèle pour étudier le profil de personnes vulnérables telles que les personnes atteintes de la MP pour qui l'engagement dans les activités peut être perturbé pour différentes raisons. En effet, l'utilisation du MOH permet au professionnel d'analyser de façon précise les dysfonctionnements de la personne, par le biais de 3 composantes : l'être, l'agir et le devenir. Ces trois composantes se développent au sein de l'environnement constitué autour de la personne. Elles sont interdépendantes et évoluent constamment. (Morel Bracq, 2020). ([Annexe II](#))

- L'être : rassemble les composantes de la personne telles que la volition, l'habitation et la capacité de rendement
- Le devenir : résultante de l'être et l'agir, s'exprime dans le degré avec lequel la personne arrive à s'adapter à ses occupations
- L'agir : correspond à la manière dont une personne se mobilise pour s'engager dans ses occupations. Elle se décrit par l'analyse de trois notions :
 - o Participation occupationnelle : *“correspond à l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs au sein de contextes socioculturel spécifiques”* ([Morel Bracq, 2020](#))
 - o Performance occupationnelle : *“entend la réalisation de l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation”* ([Morel Bracq, 2020](#))
 - o Habilités : *“correspond aux aptitudes sous-jacentes, dont des références aux actions observables”* ([Morel Bracq, 2020](#)).

Ces trois notions de l'agir permettent d'évaluer la qualité de l'agir et correspondent aux fondements de l'engagement occupationnel.

2.3.3. L'engagement occupationnel

Dans ce mémoire, l'étude porte sur l'engagement occupationnel de la personne au cours de l'activité de gymnastique douce. Cette notion correspond à une composante de l'agir qui désigne la participation active et significative d'une personne au cours de ses occupations en lien avec ses valeurs. Il ne se limite pas à la réalisation physique d'une tâche, mais englobe également l'investissement cognitif, émotionnel et motivationnel qu'une personne mobilise lorsqu'elle s'implique dans une activité qu'elle juge importante et porteuse de sens. ([Morel Braccq](#), 2020)

L'engagement occupationnel exerce une influence sur les choix, la persévérance dans leur réalisation, ainsi que la satisfaction que présente la personne durant l'activité. Cette notion reflète ainsi la manière dont une occupation est vécue par la personne, et dans quelle mesure elle favorise un sentiment de compétence. Le sentiment de compétence est défini comme des "jugements que se forment les individus quant à leur capacité à organiser et à exécuter les séries d'actions requises pour réaliser des types déterminés de performances" ([Guichard](#), 2022).

Ainsi, ce sentiment favorise la motivation, la participation de l'individu au cours de l'activité, et une satisfaction dans la réalisation de celle-ci. ([Connor et Al.](#), 2016) Plus largement, cela contribue au bien-être de la personne, ce qui est une composante majeure pour améliorer sa qualité de vie. En effet, chez la personne âgée vivant en institution, ce sentiment d'engagement peut être fragilisé par la perte de contrôle de son quotidien. Dès lors, chaque activité proposée telle que la gymnastique douce doit être pensée non comme une simple stimulation motrice, mais comme une opportunité de se reconnecter à soi et aux autres. L'engagement occupationnel devient alors un indicateur pour évaluer la qualité de vie et le bien-être occupationnel, en particulier chez les personnes âgées vivant en institution, pour qui l'accès à des occupations significatives peut être restreint. ([Duperrier](#), 2021).

Dans le cadre de la MP, où les limitations motrices, les fluctuations cognitives et les troubles de l'humeur peuvent impacter l'engagement dans les activités quotidiennes, proposer des interventions favorisant un engagement occupationnel devient un enjeu tout particulier en ergothérapie.

Afin d'appréhender et d'évaluer ce concept complexe, différents outils issus du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) ont été développés, notamment le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool). Cet outil a été retenu pour la poursuite de ce mémoire. Celui-ci permet une évaluation multidimensionnelle et observationnelle de l'engagement occupationnel, en prenant en compte à la fois diverses composantes (telles que les habiletés motrices, la motivation, les schémas ou encore l'environnement). Aussi, l'outil s'adapte à la population gériatrique et ce quel que soit sa pathologie et permet de repérer les forces et les limites à la participation de la personne, tout en s'appuyant sur une observation professionnelle plutôt qu'un auto-questionnaire.

2.4. Le MOHOST et les habiletés motrices

2.4.1. Généralités

Cet outil d'évaluation s'inscrit dans une démarche holistique afin de déterminer dans quelle mesure chaque composante facilite, permet, limite ou empêche l'engagement occupationnel de l'individu. Il offre ainsi une vision globale et dynamique des facteurs influençant la participation, et permet d'orienter les choix d'intervention de l'ergothérapeute, en favorisant des interventions individualisées et ajustées ([Parkinson et al., 2017](#)).

Le MOHOST a été choisi dans ce mémoire car il répond à plusieurs critères essentiels dans le contexte étudié : il est relativement rapide à administrer, ce qui est un atout en EHPAD où les temps d'évaluation peuvent être limités. Il est adapté à une population âgée, notamment grâce à son approche observationnelle qui ne requiert pas nécessairement la verbalisation du patient. Enfin, il prend en compte les facteurs environnementaux, y compris ceux liés à l'institution, ce qui permet d'appréhender l'impact du cadre de vie EHPAD sur l'engagement occupationnel des résidents atteints de la maladie de Parkinson. ([Annexe III](#))

L'outil du MOHOST permet une évaluation extérieure de la participation de la personne au cours de son activité en s'appuyant sur six composantes : la motivation (volition), le profil occupationnel (habitation), les habiletés de communication et d'interaction, les habiletés opératoires, les habiletés motrices et l'environnement.

2.4.2. Volition

La volition est un processus permettant à la personne de s'engager dans une activité. Ainsi elle joue un rôle important dans la participation du résident à une activité. En effet, le désir de s'investir dans une activité dépend de différents facteurs :

- Les valeurs sont ce que la personne estime d'important et significatif. Elles orientent la perception de l'activité et de son importance. Ici, en conscientisant la diminution de ses capacités motrices, la personne atteinte de la MP sera probablement davantage intéressée par le versant moteur que suggère l'activité gymnastique douce et ainsi s'impliquera plus puisqu'elle y voit un réel intérêt. La personne donne du sens à l'activité, celle-ci devient alors, à ses yeux, une activité significative.
- Les centres d'intérêts sont ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser, ce qui rend l'activité plus attirante qu'une autre. Ils constituent des facteurs importants dans l'engagement de la personne. Effectivement, une personne qui recherche une activité supposant une interaction avec d'autres participants pourra se montrer davantage motivée à participer à une activité de groupe telle que la gymnastique douce
- La causalité personnelle correspond à « ce que la personne pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité ». ([Mignet et Al.](#), 2020) Dans le cas de l'activité de gymnastique douce, un participant qui doute de ses capacités peut diminuer sa motivation et ainsi son engagement au cours de l'activité.

Si la motivation de l'individu joue un rôle déterminant dans l'engagement des résidents, elle ne peut être observée sans considérer l'environnement dans lequel se déroule l'activité. Ainsi, l'ergothérapeute peut intervenir en accompagnant chacun des résidents atteint de la MP par des encouragements, des adaptations, des exercices afin de favoriser l'implication de la personne dans l'activité et en conséquence, son engagement.

2.4.3. Habitude

“L'habitude renvoie à l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier”. ([Mignet et Al.](#), 2020)

Ce qui permet à la personne d'agir de façon structurée en s'appuyant sur des repères en favorisant la réalisation des occupations.

Une étude portant sur l'engagement et la qualité de vie chez les personnes atteintes de la MP démontre que la mise en place d'activités régulières et programmées peut influencer positivement le maintien de l'engagement de la personne dans les activités. ([Sabari et Al.](#), 2015) Par exemple, proposer un atelier gymnastique douce à heure fixe peut permettre aux participants d'intégrer cette activité à leur routine et ainsi devenir un repère. En cela, l'engagement occupationnel de la personne est favorisé.

2.4.4. Habilités

2.4.4.1. Habiletés motrices

L'habileté motrice est définie comme « *la capacité acquise par apprentissage à atteindre des résultats fixés à l'avance avec un maximum de réussite et souvent un minimum de temps, d'énergie, ou des deux* » ([Guthrie](#), 1957). Cette notion renvoie à une performance maîtrisée et ajustée, impliquant l'intégration de composantes motrices, sensorielles et cognitives.

Dans le cadre de la MP, ces habiletés peuvent être altérées, notamment en raison des troubles de la coordination, de la rigidité musculaire, ou encore de la bradykinésie. Effectivement, au cours de l'activité, les personnes présentant de tels troubles peuvent présenter des maladresses, des mouvements lents ou saccadés, une difficulté à initier ou à maintenir certaines postures ou gestes fonctionnels.

2.4.4.2. Habiletés motrices requises à la gymnastique douce

La gymnastique douce sollicite des habiletés motrices variées, telles que le tonus du tronc, la coordination des mouvements, l'équilibre, la souplesse et les amplitudes articulaires. ([Depasapa](#), s.d.) Ces capacités sont à la fois mobilisées et renforcées au cours de l'activité.

En ergothérapie, proposer la gymnastique douce peut ainsi représenter un moyen d'entretenir ou de renforcer ces habiletés dans une visée occupationnelle, tout en considérant les capacités fluctuantes des personnes âgées atteintes de la MP.

S'intéresser aux habiletés motrices contribue également à favoriser l'indépendance et l'engagement dans des activités significatives du quotidien de la personne.

2.4.4.3. Habiletés motrices et maladie de Parkinson au cours des AVQ

De par leur impact direct sur la capacité d'agir et de se mouvoir de manière autonome et efficace, une attention particulière est portée dans ce mémoire à la composante des habiletés motrices. Comme l'indique une étude menée sur l'utilisation de la méthode Lee Silverman Voice Treatment BIG (LSVT BIG) auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ([Vega et Al.](#), 2017), ces habiletés sont souvent altérées et peuvent constituer un obstacle majeur à l'engagement dans les activités significatives. Les manifestations cliniques telles que les tremblements au repos, l'hypertonie, la bradykinésie ou encore l'akinésie viennent entraver la fluidité, la coordination et les amplitudes des mouvements nécessaires à la réalisation de l'activité. L'apparition de ces troubles peut rendre les gestes du quotidien plus complexes, plus fatigants, voire impossibles à initier sans aide ou adaptation.

2.4.4.4. Habiletés motrices et ergothérapie

Les difficultés motrices présentées par la personne ne se répercutent pas uniquement sur le plan physique, mais influencent également la motivation et le sentiment de compétence. Effectivement, une activité qui était autrefois plaisante ou valorisante peut devenir une source de frustration ou de retrait pour la personne atteinte de la MP.

Dans ce contexte, le rôle de l'ergothérapeute est d'identifier précisément les limitations motrices afin d'adapter l'activité, comme ici, la gymnastique douce, pour qu'elle reste accessible, sécurisante et motivante, en favorisant un engagement occupationnel actif de la personne malgré ses capacités fluctuantes.

Conclusion du cadre théorique

Le cadre conceptuel met en lumière le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées atteintes de la MP en EHPAD, en portant sa pratique sur le MOH.

L'ergothérapie vise à maintenir l'autonomie, la qualité de vie et finalement l'engagement occupationnel à travers des activités significatives telles que la gymnastique douce. L'utilisation du MOHOST, outil spécifique au MOH favorable à un usage sur les personnes âgées et en institution, permet une approche holistique, centrée sur la personne et ses capacités à s'investir dans des occupations significatives. Il permet de repérer les freins à l'engagement occupationnel de la personne dans l'activité, comme en gymnastique douce. Ainsi, dans l'activité de gymnastique douce le MOHOST pourrait permettre à l'ergothérapeute d'adapter et sécuriser l'activité afin d'agir tant sur le plan moteur, cognitif que psychosocial du résident. L'engagement du résident atteint de la MP dans l'activité gymnastique douce, serait ainsi maintenu par la motivation, les habitudes et les habiletés motrices encouragés par l'ergothérapeute. Ainsi, ma problématique s'établit comme étant : **“En quoi, l'utilisation du MOH par l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement occupationnel dans une activité de gymnastique douce du sujet âgé atteint de la maladie de Parkinson en EHPAD ?”**

En m'intéressant aux habiletés motrices de la personne âgée atteinte de la MP et du renforcement de leur engagement occupationnel au cours de l'activité de la gymnastique douce, j'é mets l'hypothèse suivante : **“L'utilisation du MOHOST par l'ergothérapeute permet de repérer les freins et ressources en termes d'habiletés motrices de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson lors de l'activité de gymnastique douce”**.

Cette réflexion se poursuit par le cadre expérimental. Dans celui-ci sera exposé le déroulement de mon enquête. Ce qui permettra de mettre en avant les modalités de recrutement, le déroulé des entretiens et la présentation des résultats recueillis.

3. Cadre expérimental

3.1. Méthodologie d'enquête

3.1.1. Enjeux de l'enquête

La phase exploratoire vise à confirmer ou non l'hypothèse qui est **“L'utilisation du MOHOST par l'ergothérapeute permet de repérer les freins et ressources en termes d'habiletés motrices de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson lors de l'activité de gymnastique douce”**. À travers cette démarche, des objectifs ont été établis :

- Identifier les représentations et connaissances des ergothérapeutes en EHPAD concernant le MOH, l'engagement occupationnel et le MOHOST
- Analyser les modalités concrètes de mise en œuvre de ces concepts dans la pratique professionnelle, en particulier en lien avec les habiletés motrices, l'autonomie et la participation aux AVQ des résidents atteints de la MP
- Vérifier si les ergothérapeutes exerçant en EHPAD utilisent effectivement le MOHOST dans leur pratique auprès des résidents atteints de la maladie de Parkinson

3.1.2. Population d'enquête

Dans le cadre de cette étude, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes diplômés dans les conditions indiquées par la Loi Jardé. (Annexe IV) Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été préalablement définis dans le but de cibler la population à interroger.

Critères d'inclusion cumulatifs :

- Être ergothérapeutes diplômés d'état avec ou sans connaissances du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).
- Exercer ou avoir exercé au sein d'un EHPAD
- Avoir une expérience auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson (MP). Ici aucune durée d'expérience n'est spécifiquement attendue car l'objectif étant seulement de recueillir un retour d'expérience
- Encadrer ou avoir encadré un atelier de gymnastique douce auprès de résidents atteints de la maladie de Parkinson (MP)

Critères d'exclusion :

- Autres professionnels encadrant des activités de gymnastique douce.
- Être ergothérapeute sans avoir exercé en EHPAD
- Ne jamais avoir encadré d'atelier gymnastique douce en EHPAD

3.1.3. Modalités de recrutement

Pour recruter des ergothérapeutes en vue de réaliser mes entretiens, je me suis tournée vers différents groupes présents sur les réseaux sociaux, tels que des groupes Facebook et des profils LinkedIn. Ces groupes étaient centrés sur diverses thématiques : la maladie de Parkinson, la pratique de l'ergothérapie, l'exercice de l'ergothérapie en EHPAD, ou encore l'encadrement d'atelier gymnastique douce auprès du public gériatrique. Après avoir intégré ces groupes, j'ai rédigé une publication présentant mon travail de recherche ainsi que les critères de sélection des participants que je recherchais. Cette publication était accompagnée d'une affiche de recrutement que j'avais préalablement réalisée, ce qui permettait à ma publication d'être plus attractive. (Annexe V)

Au total, 7 personnes ont répondu à ma recherche de recrutement diffusée sur les réseaux sociaux. Parmi elles, 4 correspondaient à mes critères d'enquête et ont accepté de réaliser un entretien.

3.1.4. Choix de l'outil d'enquête

Afin de répondre à mon hypothèse, j'ai choisi l'entretien comme outil d'enquête. Par le biais de cet outil, je souhaite recueillir des données qualitatives. Ce type de données me permet d'approfondir la compréhension des pratiques professionnelles en m'intéressant au vécu subjectif et aux perceptions des ergothérapeutes, ce qui n'aurait pas été possible avec des données uniquement quantitatives. Puisqu'en effet, en interrogeant directement les ergothérapeutes je collecte des informations supplémentaires telles que leurs points de vue, leurs expériences personnelles, leurs attitudes et réactions. ([Kohn et Christiaens](#), 2014). Cette méthode permet un échange interactif entre l'interviewé et l'intervieweur tout en étant modulable selon les disponibilités des personnes. En effet, il peut être réalisé en présentiel tout comme il peut être réalisé en distanciel par le biais d'une visioconférence ce qui permet d'élargir les possibilités de réalisation d'entretien en s'adaptant aux profils de chacun. ([Kohn et Christiaens](#), 2014)

Pour la structure de l'entretien, trois différents types d'entretiens existent : l'entretien structuré, semi-structuré ou libre. J'ai opté pour l'entretien semi-structuré. En effet, au vu de ses caractéristiques, celui-ci me semble davantage pertinent pour orienter et guider l'entretien, par la préparation en amont de mon guide d'entretien tout en laissant la liberté à l'interviewé de répondre comme il le souhaite et développer les points qu'il juge intéressants ou nécessaires d'aborder lors de notre échange. Avant tout entretien je recueillerai leur consentement via un formulaire m'astreignant à leur anonymat. (Annexe VI)

3.1.5. Conception de l'outil

Comme indiqué précédemment, un guide d'entretien a été élaboré dans le but de structurer le déroulé des entretiens et obtenir des informations essentielles ayant du sens pour l'avancée du travail d'initiation à la démarche de recherche.

Le guide d'entretien se compose de 5 thèmes principaux :

- **Thème 1** : Expériences professionnelles (questions 1 à 3)

Objectif : Identifier les représentations et connaissances des ergothérapeutes en EHPAD concernant le MOH, l'engagement occupationnel et le MOHOST

- **Thème 2** : L'engagement occupationnel (questions 4 à 7)

Objectifs : Identifier les représentations et connaissances des ergothérapeutes en EHPAD concernant le MOH, l'engagement occupationnel et le MOHOST + Analyser les modalités concrètes de mise en œuvre de ces concepts dans la pratique professionnelle, en particulier en lien avec les habiletés motrices, l'autonomie et la participation aux AVQ des résidents atteints de la MP

- **Thème 3** : Les habiletés motrices (questions 8 à 10)

Objectif : Analyser les modalités concrètes de mise en œuvre de ces concepts dans la pratique professionnelle, en particulier en lien avec les habiletés motrices, l'autonomie et la participation aux AVQ des résidents atteints de la MP

- **Thème 4** : Activité gymnastique douce (questions 11 à 13)

Objectif : Analyser les modalités concrètes de mise en œuvre de ces concepts dans la pratique professionnelle, en particulier en lien avec les habiletés motrices, l'autonomie et la participation aux AVQ des résidents atteints de la MP + Vérifier si les ergothérapeutes exerçant en EHPAD utilisent effectivement le MOHOST dans leur pratique auprès des résidents atteints de la MP

- **Thème 5** : Répercussion dans les activités de vie quotidienne (AVQ) (questions 14 et 15)

Objectif : Analyser les modalités concrètes de mise en œuvre de ces concepts dans la pratique professionnelle, en particulier en lien avec les habiletés motrices, l'autonomie et la participation aux AVQ des résidents atteints de la MP + Vérifier si les ergothérapeutes exerçant en EHPAD utilisent effectivement le MOHOST dans leur pratique auprès des résidents atteints de la maladie de Parkinson.

L'intérêt de l'organisation de ce guide d'entretien est de s'assurer que chacune des questions avancées répondent aux différents objectifs de l'enquête. Cela permet d'élaborer de façon précise des questions pertinentes et par conséquent, éviter de décourager l'ergothérapeute interrogé en proposant des questions s'éloignant du sujet. (Annexe VII)

3.1.6. Passation d'entretiens

Les entretiens ont eu lieu les 7, 8, 12 et 14 avril 2025. Pour la totalité, ils ont été réalisés en visioconférence via une plateforme en ligne. Ce choix s'explique par des considérations à la fois pratiques et éthiques : il permet de faciliter la participation d'ergothérapeutes exerçant dans différentes régions, sans contrainte géographique ni déplacement, tout en respectant leur emploi du temps. Toutefois, cette modalité peut aussi présenter certains inconvénients, tels que la possible altération de la qualité de la communication non verbale, des problèmes techniques (coupures, mauvaise connexion). Néanmoins, les conditions ont permis un échange fluide et respectueux, favorable à la libre expression des participantes.

Les entretiens ont duré entre 25 à 35 minutes. Ils ont été, sous l'accord écrit de chacun d'entre eux, enregistrés avec une application d'enregistrement vocale afin de chacun

les retranscrire ultérieurement. Les données recueillies ont été anonymisées. La retranscription de chacun des entretiens a été réalisée afin de les analyser de façon détaillée. (Annexe VIII)

3.2. Présentation et analyse des résultats

Dans le respect de l’anonymat, chacun des ergothérapeutes ayant participé à un entretien est renommé par la lettre “E” signifiant “Ergothérapeute” suivi d’un chiffre de 1 à 4 selon l’ordre dans lequel celui-ci a été interrogé. Les réponses recueillies au cours des différents entretiens sont regroupées dans un tableau, facilitant une analyse des points de convergences, divergences et de singularités entre les personnes interrogées. Celles-ci sont regroupées dans un tableau d’analyse (Annexe IX)

A. EXPERIENCES PROFESSIONNELLES :

Question 1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis la fin de vos études d'ergothérapeute ?	
E1	“Je suis diplômée depuis juin 2023 en Normandie, exerce en EHPAD de 130 résidents depuis mon obtention de diplôme (dans lequel j’ai réalisé un stage au cours de ma formation d'ergothérapeute). Je ne possède aucune autre formation”
E2	“Je suis diplômée depuis janvier 2024 en Belgique et exerce depuis mon obtention du diplôme en EHPAD. Au cours de ma formation j’ai bénéficié de cours sur l'encadrement d'atelier auprès du sujet âgé (tel que l'atelier gymnastique douce) + encadrement d'atelier gymnastique douce pendant ses stages. Mais autrement, je ne dispose pas d’autre formation que mon diplôme d’ergothérapeute”
E3	“Je suis diplômée depuis juin 2024 dans le sud de la France et travaille en EHPAD à 50% depuis septembre. Je suis référente de l'activité physique adaptée au sein de l'EHPAD mais ne dispose d'aucune autre formation”
E4	“Je suis diplômée depuis juin 2024 dans le Nord de la France. Travaille à 50% depuis septembre en EHPAD. Ne dispose pas de formation particulière, autre que mon diplôme d'ergothérapeute”

Les ergothérapeutes interrogés ont chacun des pratiques qui se déploient dans différents territoires géographiques : Normandie, Nord et Sud de la France ainsi que Belgique. Aussi, ces 4 ergothérapeutes sont tous diplômés depuis moins de deux ans. Cela permet de considérer diverses pratiques quel que soit l'institut de formation et le territoire d'exercice de l’ergothérapeute interrogé.

Question 2 : Quelles expériences détenez-vous auprès de la personne atteinte de MP ?	
E1	« J'interviens sur demande auprès des personnes atteintes de la MP, selon les transmissions : problèmes de positionnements, éruptions cutanés, problèmes de transferts, altération de l'autonomie/ indépendance, mise en place/ réajustement d'AT »
E2	« J'interviens auprès du sujet MP sur l'ensemble des AVQ au besoin (alimentation avec troubles de la déglutition, les déplacements, mise en place d'AT) »
E3	« J'évalue les capacités (motrices, fonctionnelles) mais ne dispose de trop peu de temps pour assurer un suivi régulier avec les résidents atteints de la MP »
E4	« J'accompagne sur l'autonomie (bilan autonomie à l'arrivée du résident dans l'EHPAD) et ensuite les accompagne au besoin (pour les transferts, positionnement, déplacements ou autre). J'interviens dans la préconisation et la mise en place d'aide technique. Aussi, j'accompagne les résidents MP sur le plan de l'équilibre avec l'aide d'un motomed (en collaboration avec le Kiné de la structure) »

Les quatre ergothérapeutes affirment avoir une expérience professionnelle auprès de résidents atteints de la MP. Leurs interventions sont variées : évaluation de l'autonomie, positionnement, préconisation d'aides techniques, accompagnement dans les transferts, encadrement d'activité physique adaptée.

Le nombre de résidents dans l'EHPAD par ETP d'ergothérapeute présent dans la structure ("130 résidents" pour E1) implique de nombreuses demandes en termes de positionnement réduisant les disponibilités d'accompagnement individualisé et d'utilisation de modèle conceptuel ergothérapeutique.

Toutefois, ces 4 professionnels expriment des difficultés liées aux contraintes institutionnelles. Par exemple, 2 ergothérapeutes (E1 et E3) exercent au sein de l'EHPAD à mi-temps, ce qui complexifie la mise en place d'un accompagnement adapté pour chacun des résidents qui le nécessite.

Question 3 : Utilisez-vous un modèle conceptuel dans votre pratique professionnelle ?	
E1	« Je n'utilise pas de modèle conceptuel ergothérapeutique par manque de temps, mais je connais le MOH. Il est intéressant en considérant la personne dans sa globalité. Je trouve pertinent de l'utiliser dans le secteur du lieu de vie comme ici en EHPAD »

E2	« Je connais le MOH, je l'ai étudié à l'école mais ne l'ai jamais mis en pratique par manque de temps, bien que je trouve qu'il soit très pertinent en EHPAD »
E3	« Je n'utilise pas de modèle dans ma pratique par manque de temps. Mais connais le MOH et trouve son utilisation pertinente dans un lieu de vie tel que l'EHPAD puisqu'il permet de considérer la personne dans sa globalité en tenant compte de son environnement ce qui est très important »
E4	« Je n'utilise pas de modèle mais m'intéresse beaucoup au versant occupationnel dans ma pratique et l'accompagnement que je peux proposer aux résidents. Je trouve que le MOH, qui porte un intérêt particulier à la personne et son environnement correspond à ma vision de l'accompagnement en ergothérapie »

Cette tendance à la sous-utilisation du modèle est confortée par les réponses des 4 ergothérapeutes. Effectivement, aucun ne porte sa pratique sur la base d'un modèle conceptuel en ergothérapie bien que leur formation leur a permis d'en étudier et d'en comprendre les intérêts. Cela semble en lien avec un manque de temps des professionnels.

SYNTHÈSE THÈME A- EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES :

Les ergothérapeutes interrogés, sont diplômés et exerçant dans différentes régions. Chacun possède une expérience auprès de personnes atteintes de la MP, et les accompagne principalement sur des besoins fonctionnels (transferts, autonomie, aides techniques). Tous ont connaissance du MOH, mais aucun ne s'appuie sur un modèle conceptuel dans sa pratique. Cela est justifié par un manque de temps, ce qui limite l'appui théorique au cours de leurs interventions. Ces questions permettent de confirmer que, malgré des connaissances acquises en formation, l'application des modèles tels le MOH reste minoritaire dans la pratique en EHPAD. Cette réalité interroge les conditions d'exercice, notamment le ratio résident/ergothérapeute, et appelle à réfléchir aux moyens de favoriser un accompagnement occupationnel plus structuré.

B. ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL

<u>Question 4</u> : Connaissez-vous la notion d'engagement occupationnel	
E1	« C'est une notion intéressante que je trouve importante dans notre métier d'ergothérapeute, on propose et encadre des activités permettant un engagement de la personne et ainsi avoir des bénéfices sur le plan des objectifs thérapeutiques qu'on y fixe pour le patient au cours de l'activité. Seulement, je ne dispose pas d'évaluation normée pour coter l'engagement du résident au cours des activités »

E2	« Il s'agit d'une notion que j'ai apprise durant ma formation d'ergothérapeute, j'avouerais ne pas utiliser d'évaluation pour noter l'engagement des résidents »
E3	« C'est une notion importante dans notre métier, j'y porte attention mais ne l'évalue pas par des outils d'évaluation normés »
E4	« Je connais cette notion car je l'ai étudiée durant ma formation et j'ai d'ailleurs choisi d'aborder cette notion dans mon mémoire. Pour autant, ce n'est pas une notion que j'évalue réellement avec l'aide d'un outil au cours de ma pratique professionnelle. »

Question 5 : Connaissance de l'outil du MOHOST

E1	« Je connais cet outil mais ne l'utilise pas au cours de ma pratique »
E2	« Je connais le MOHOST et l'ai d'ailleurs étudié à l'école mais ne l'ai jamais mis en œuvre au travail par manque de temps, bien qu'il serait pertinent en EHPAD »
E3	« Je l'ai étudié à l'école mais ne l'ai jamais utilisé au cours de ma pratique »
E4	« Je connais l'outil mais ne l'ai jamais mis en pratique (que ce soit en stage ou dans ma pratique professionnelle d'ergothérapeute) »

Questions 6 : Utilisez-vous le MOHOST pour déterminer les freins et ressources des habiletés motrices ?

Aucun des ergothérapeutes n'emploie cet outil au cours de leur pratique.

Question 7 : D'après vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans le renforcement/ soutien de l'engagement occupationnel de la personne atteinte de la MP ?

E1	« Je recherche l'engagement de la personne dans les activités ayant du sens pour elle (en particulier celles qu'elle faisait avant, ses goûts, ses habitudes) »
E2	« Je recherche à ce que la personne soit engagée en proposant des activités significatives ou en expliquant les plus-values des activités. Si la personne n'adhère pas, arrêt de l'activité pour éviter une mise en échec et une baisse de moral »
E3	« L'ergothérapeute s'intéresse à la personne au cours de ses activités, l'engagement de la personne joue un rôle essentiel dans la réalisation et l'implication de la personne. Donc plus l'ergothérapeute s'intéresse à la personne, plus nous permettons à la personne d'être actrice dans l'activité et par conséquent être engagée dans celle-ci »
E4	« Je dirais que mettre du sens à l'activité proposée à la personne favorise l'engagement de la personne (activité signifiante) et tenir compte de ces intérêts »

Selon les ergothérapeutes interrogés, la notion d'engagement occupationnel constitue un enjeu central de la pratique, et elle est principalement mobilisée lors d'activités qualifiées de signifiantes par la personne elle-même, comme le soulignent E1, E2 et E4. Effectivement, ceux-ci expliquent que plus la personne trouve du sens dans l'activité, plus la personne se montrera impliquée, et engagée. Ainsi, une des missions de l'ergothérapeute est de recueillir les activités ayant du sens pour la personne, connaître ses habitudes de vie, ses goûts et envies pour favoriser l'adhésion et l'engagement.

SYNTHÈSE THÈME B- ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL :

Les réponses des ergothérapeutes informent que cette notion d'engagement occupationnel ne leur est pas méconnue. En effet, pour deux d'entre eux (E3 et E4), il s'agit d'une notion apprise au cours de leur formation d'ergothérapeute. Cependant, aucun des quatre ergothérapeutes interrogés explique utiliser réellement d'outils d'évaluation normés pour coter cet engagement occupationnel des résidents au cours d'activités. Plusieurs d'entre eux expliquent porter un grand intérêt à cette notion et l'appliquent par le biais de l'observation et de l'échange avec le résident, tel que le dit E4 : « je n'évalue pas l'engagement par le biais d'outils mais je le fais par observation durant les activités et en échangeant avec le résident. » Pour suivre, E1 et E3 expliquent qu'à la suite de l'encadrement de leur activité ou de l'accompagnement auprès d'un résident, ils notifient l'investissement et l'appréciation qu'a présenté le résident au cours de celle-ci. Ce qui permet de dire que les ergothérapeutes tiennent compte de l'engagement occupationnel de la personne même sans l'outil du MOHOST.

C. HABLETES MOTRICES

<u>Question 8</u> : Vous est-il déjà arrivé d'évaluer les habiletés motrices des résidents parkinsoniens ?	
E1	« Je n'évalue pas les habiletés motrices des résidents »
E2	« Pour l'évaluation des habiletés motrices, j'observe le résident au cours de ses AVQ »
E3	« L'observation au cours des activités et échanges avec la personne avant de proposer une activité et au cours de l'activité pour éviter la mise en échec »
E4	« Je ne réalise pas d'évaluation des habiletés motrices »

L'évaluation des habiletés motrices est faite par E2 et E3 sur « observation de la personne au cours de la réalisation d'AVQ et d'activités que l'ergothérapeute encadre ».

Question 9 : D'après vos observations et évaluations, quelles sont les principales limitations et ressources liées aux habiletés motrices des personnes atteintes de la MP que vous accompagnez/ avez accompagné durant l'activité gymnastique douce ?

L'atteinte des habiletés motrices chez les résidents atteints de la MP qu'accompagnent les quatre ergothérapeutes sont typiques à la pathologie. Pour E1, E3 et E4 leurs résidents parkinsoniens présentent des tremblements au repos et des raideurs musculaires. E2 souligne, cependant, une apraxie du mouvement des jambes du Parkinsonien qu'elle accompagne ce qui complexifie la réalisation de façon autonome des exercices demandés au cours des activités gymnastique douce.

Question 10 : Selon vous, dans quelle mesure l'évaluation de ces habiletés motrices peut influencer positivement leur engagement occupationnel et dans quelles occupations ?

Il ressort que cette phase d'observation permet aux ergothérapeutes de proposer des adaptations permettant de compenser les difficultés rencontrées et ainsi influencer l'engagement de la personne dans l'activité" (E2). Pour suivre, E4 ajoute que « adapter l'activité aux difficultés de la personne permet de rendre de nouveau actrice la personne atteinte de la MP dans l'activité » et ainsi favoriser l'engagement occupationnel du sujet.

SYNTHÈSE THÈME C- HABILITÉS MOTRICES :

Les ergothérapeutes interrogés n'évaluent pas de façon systématique les habiletés motrices des résidents. Toutefois, E2 et E3 y prêtent attention en observant le résident au cours de ses activités. Cette technique d'intervention reflète une tendance à privilégier l'adaptation en cours d'activité plutôt qu'une évaluation motrice en amont. Les limitations identifiées telles que les raideurs, les tremblements ou encore les apraxies sont caractéristiques de la pathologie, et leur prise en compte par l'ergothérapeute au cours des activités permet d'ajuster les modalités d'accompagnement et ainsi, en évaluant les freins occupationnels il favorise

l'engagement occupationnel. Cette démarche thérapeutique présente l'importance d'une adaptation de l'intervention du professionnel, bien que l'absence d'évaluation normées puisse limiter la précision de l'évaluation et par conséquent, des interventions proposées.

D. GYMNASTIQUE DOUCE

Question 11 : Vous est-il arrivé d'encadrer une activité de gymnastique douce à destination de ce public ?	
E1	« Oui, j'encadre des activités de gymnastique douce. Ils sont parfois proposés en collaboration avec le PASA, ateliers en petit groupe, avec matériel, exercices "plus poussés" (debout, assis, etc) »
E2	« Je propose une fois par semaine un atelier gymnastique douce auprès de tous les résidents qui le souhaitent. Aussi ce même atelier est également proposé au sein de l'unité protégée (avec un résident MP (compréhension des consignes améliorée)), des ateliers gym douce peuvent être proposé en individuel, ce qui me permet d'avoir davantage de temps pour accompagner dans le mouvement, sans jugement, facilite la compréhension des consignes) »
E3	« J'interviens avec le PASA une fois par semaine et ensuite une semaine sur deux j'encadre un atelier avec quelques résidents avec quelques résidents d'étages »
E4	« Alors l'activité gymnastique je l'encadre avec ma collègue psychomotricienne, le lundi et jeudi après-midi. On le fait avec un groupe de 12 personnes. Durant cet atelier on propose des exercices assis avec du matériel (ballons, parachute, musique) que l'on adapte à chaque séance et pour chaque résident au besoin »

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés encadrent des activités de gymnastique douce au sein de l'EHPAD. La structure des ateliers est toutefois différente selon les ergothérapeutes. En effet, l'atelier est parfois "réalisé en collaboration avec une psychomotricienne" (E4) ou avec le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (E1 et E3).

Concernant les objectifs thérapeutiques établis à l'activité gymnastique douce que les quatre ergothérapeutes encadrent, ceux-ci sont relativement proches.

Objectifs thérapeutiques de l'atelier gymnastique douce	
E1	« Renforcement musculaire, réduction des raideurs et interaction sociale »
E2	« Renforcement musculaire, équilibre, marche, mémoire, lien social »

E3	« Maintenir voire améliorer les capacités du résident (marche, fonction musculaire, raideurs). Aussi sur un plan social, l'activité se déroule en groupe ce qui permet l'instauration d'entre-aide entre résidents et des moments d'échanges »
E4	« Prévenir les risques de chute, améliorer la mobilité, réduire les raideurs et ainsi favoriser les soins, renforcement musculaire, équilibre, coordination des mouvements. Aussi sur le plan cognitif avec la mémorisation des consignes, les repères spatiaux temporels »

Chacun des ergothérapeutes a choisi d'orienter ses objectifs thérapeutiques d'atelier sur un versant moteur tels que le renforcement musculaire (E1, E2, E3, E4), réduire les raideurs (E1, E3, E4), renforcer l'équilibre (E2 et E4). Également, certains d'entre eux axent leur activité vers des objectifs cognitifs sur la mémoire et les repères spatio-temporels (E2 et E4). Pour finir, E1, E2 et E4 portent un intérêt au versant social que permet l'activité gymnastique douce. Effectivement, chacun des ergothérapeutes mène cette activité avec des groupes de résidents, ce qui suppose une certaine entraide et communication entre les participants.

Aux vues des difficultés principalement motrices présentées par les résidents atteints de la MP l'ensemble des ergothérapeutes affirme adapter les exercices. Cela passant par une réduction des amplitudes de mouvements requis, des propositions d'objets lestés pour E1 et E4. Aussi, E2 propose également de réduire les répétitions des exercices.

Question 12 : Pensez-vous que la gymnastique douce participe au développement ou au maintien des habiletés motrices chez ces personnes ?	
E1	« Je dirais que oui après, il faut que cette activité soit réalisée régulièrement pour visualiser des bienfaits sur les d'habiletés motrices »
E2	« Globalement je répondrais oui, cependant ici pour la résidente que j'accompagne, il est difficile de répondre à cela. Ses capacités se dégradent, elle réalise moins d'exercice. Donc les exercices qu'elle réalise restent très simples. Mais les exercices elle les fait avec plaisir et envie »
E3	« D'après moi oui, les exercices de l'activité gymnastique douce permettent de solliciter l'aspect moteur et donc influence le maintien de celles-ci »
E4	« Alors, le résident auquel je pense, je repère une augmentation de son périmètre de marche, après il y a aussi le kiné qui intervient, l'accompagnement avec la motomed. Mais je dirais que l'activité gymnastique douce à participer à cette amélioration ! Après dans les autres activités, je dirais niveau fatigue, c'est

également mieux. Après je n'ai pas vraiment de preuve pour dire que cela s'est fait grâce à la gymnastique douce ! »

Question 13 : Suite à votre évaluation (MOHOST ou autre) avez-vous constaté une différence dans votre accompagnement ?

Les ergothérapeutes n'employant pas l'outil du MOHOST, la réponse ne peut être que partiellement répondue. Toutefois, par les observations menées aux cours des AVQ, des difficultés ont pu être repérées. En réponse à celle-ci, des adaptations ont été proposées aux résidents.

Adaptations proposées aux résidents durant l'activité gymnastique douce	
E1	« Imitation des mouvements, réduction des amplitudes, objets lestés (balles plus lourdes/ grossie »
E2	« Aménagement des exercices (diminution de la difficulté, réduction du nombre de répétitions...) »
E3	« Pour chaque résident je m'adapte à ses capacités, je reste proche de chacun d'entre eux et ainsi propose des variantes de l'exercice selon les difficultés rencontrées »
E4	« Réduction du nombre de répétition d'un exercice, alternatives du matériel (objets lestés, réductions des amplitudes de mouvements demandés) »

SYNTHÈSE THÈME D- GYM DOUCE :

Tous les ergothérapeutes interrogés encadrent des ateliers de gymnastique douce, bien que leurs interventions varient selon les structures et les collaborations (PASA, psychomotricien). Les objectifs thérapeutiques de l'activité sont principalement tournés vers les habiletés motrices. Certains y associent également des objectifs cognitifs et sociaux. Malgré l'absence d'évaluations structurées tel que le MOHOST, les professionnels ajustent systématiquement les exercices en fonction des capacités observées, ce qui favorise l'engagement du sujet. Si les effets de cette activité sur les habiletés motrices dans la vie quotidienne restent difficilement quantifiables durant les séances, les ergothérapeutes perçoivent un maintien, voire une amélioration de certaines capacités, notamment en termes de déplacements. Par conséquent, cette activité apparaît comme un levier pertinent d'accompagnement global des personnes atteintes de la MP en EHPAD.

E- REPERCUSSION DANS LES ACTIVITES DE VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

Question 14 : Sur le plan de l'autonomie et de la participation dans les AVQ, suite à votre accompagnement, avez-vous constaté des évolutions ?	
E1	« Malheureusement, par soucis de temps, je ne peux voir si l'activité présente des bienfaits sur les AVQ de ce public »
E2	« Au vu de la dégradation des capacités de la résidente MP, je ne peux constater d'évolutions »
E3	« Mon temps de travail au sein de l'EHPAD est trop faible pour l'observer »
E4	« Je note une diminution de la fatigue et amélioration dans les déplacements »

Concernant les répercussions de l'activité gymnastique douce sur les AVQ, les réponses sont variées selon les ergothérapeutes. E1 et E3 informent ne pas avoir suffisamment de temps d'accompagnement individualisé pour observer les évolutions des résidents atteints de la MP dans les AVQ. Pour ce qui est de E4, celui-ci indique observer une diminution de la fatigue et une amélioration des déplacements.

Question 15 : Quelles sont, selon vous, les limites ou les freins à ce type d'évaluation dans votre pratique en EHPAD ?	
E1	« Je dirais le temps nécessaire à réaliser ce type d'évaluation, la fatigabilité du résident dont il faut tenir compte »
E2	« Par manque de temps, je ne réalise pas d'évaluation avec ce type d'outil, bien que j'en reconnaisse sa pertinence en EHPAD »
E3	« En raison de la fatigabilité des résidents, et du peu de temps que je dispose »
E4	« Je ne maîtrise pas suffisamment l'outil et dispose de peu de temps »

SYNTHÈSE THÈME E. RÉPERCUSSION DANS LES AVQ :

Les données recueillies révèlent une difficulté commune d'évaluer l'impact de l'activité gymnastique douce sur les AVQ des résidents atteints de la MP. Le temps partiel de E1 et E3, la fatigabilité des résidents et l'absence d'outils d'évaluation standardisés limitent l'observation de potentielles évolutions. Seul un E4 note des évolutions : diminution de la fatigue et amélioration des déplacements. Ces éléments soulignent la nécessité de conditions d'accompagnement plus favorables pour mesurer pleinement les effets des interventions sur l'autonomie quotidienne de ce public.

3.3. Discussions

Dans le cadre de cette étude, après avoir analysé les données recueillies, il est intéressant à présent de les comparer aux notions théoriques exposées dans le cadre conceptuel qui a été développé précédemment. Pour suivre, une critique du travail sera réalisée dans le but de vérifier l'hypothèse et mettre en évidence les limites et biais de l'étude ainsi que ses répercussions.

3.3.1. Confrontation des données

3.3.1.1. Une sous-utilisation du MOH

Les résultats de cette étude révèlent un écart important entre les connaissances des ergothérapeutes sur le MOH et son utilisation au cours de leur pratique professionnelle sur le terrain. Bien que l'ensemble des ergothérapeutes interrogés détienne des connaissances théoriques du modèle et trouve un intérêt auprès du résident atteint de la MP, aucun d'entre eux ne l'utilise dans sa pratique. Cela est notamment justifié en raison d'un manque de temps et/ ou d'une surcharge de patients. Ce constat est cohérent avec les données de la littérature, qui soulignent régulièrement les difficultés des ergothérapeutes à mobiliser les modèles conceptuels dans des contextes cliniques marqués par des contraintes organisationnelles fortes ([Boniface et Seymour](#), 2012).

En France, aucune norme réglementaire ne fixe un ratio précis de résidents par ergothérapeute en EHPAD, mais des recommandations professionnelles suggèrent un encadrement autour d'1 ETP pour 120 à 150 résidents ([DREES](#), 2020). Cette charge rend difficile la mise en œuvre d'un accompagnement structuré reposant sur des modèles conceptuels, qui nécessitent observation, analyse, et temps de réflexion.

Le MOH propose une compréhension de l'engagement occupationnel, en se basant sur l'interaction entre l'être, l'agir, le devenir et l'environnement. Dans le contexte de l'institution telle que l'EHPAD, ces dimensions sont souvent fragilisées. Effectivement, le nouveau quotidien du résident peut être facteur de pertes de repères, un environnement peu stimulant, un rythme institutionnel imposé. Or, comme le soulignent Kielhofner et Al., le recours à un modèle conceptuel tel que le MOH permet de redonner sens aux activités en s'ajustant aux capacités fluctuantes et aux valeurs des personnes âgées. ([Kielhofner et Al.](#), 2017). En ce sens, il ne faut pas uniquement

proposer l'utilisation du MOH, mais plutôt redonner une place aux modèles conceptuels dans la pratique ergothérapique en EHPAD, afin de garantir des accompagnements adaptés et significatifs pour les personnes âgées.

Cette faible mobilisation du MOH sur le terrain soulève également une autre question : celle de l'usage des outils qui en sont issus, tels que le MOHOST. Si le modèle peine à s'imposer dans la pratique, qu'en est-il des instruments concrets qui en découlent et qui permettraient pourtant une évaluation ciblée de l'engagement occupationnel ?

3.3.1.2. Le MOHOST un outil méconnu pour des évaluations normées

Concernant l'engagement occupationnel, tous les ergothérapeutes interrogés soulignent son importance, bien qu'aucun n'utilise d'outil normé pour l'évaluer. L'évaluation de cette notion repose principalement sur l'observation et l'échange avec le résident. Le fait que le MOHOST ne soit pas utilisé, interroge sur la diffusion réelle de ce type d'outil dans la pratique quotidienne de l'ergothérapeute en EHPAD.

Effectivement, malgré le suivi de la formation initiale abordant des outils issus de modèles conceptuels, leur usage en pratique est souvent freiné par des contraintes organisationnelles (charge de travail, temps limité, pressions administratives), mais aussi par un manque d'appropriation pratique ou de formation spécifique. Cela souligne une problématique : la difficulté à intégrer des outils évaluatifs occupationnels dans une logique de soins.

Face à ce constat d'un recours limité aux outils normés pour évaluer l'engagement occupationnel, il est intéressant de s'interroger sur les modalités concrètes d'intervention qui favorisent cet engagement au quotidien. Parmi elles, la gymnastique douce se distingue comme une activité récurrente, porteuse de bénéfices à la fois moteurs et occupationnels chez les résidents atteints de la maladie de Parkinson.

3.3.1.3. La gymnastique douce comme activité régulière

Bien que la gymnastique douce permette aux professionnels d'élaborer des objectifs thérapeutiques centrés sur les habiletés motrices altérées dans la MP, son efficacité dépend en grande partie de sa régularité et de sa structuration. Les recommandations de l'HAS et de l'association France Parkinson soulignent

l'importance d'une activité physique adaptée, régulière et encadrée, à raison de deux à trois séances par semaine, pour maintenir les capacités fonctionnelles et prévenir la perte d'autonomie.

D'autre part, concrètement, les séances de gymnastique douce peuvent inclure des exercices assis ou debout, avec ou sans matériel (ballons lestés, élastiques, parachutes), ciblant les mobilisations articulaires, les transferts de poids, les exercices de coordination, les étirements doux ainsi que des activités rythmiques ou en musique favorisant la motivation et la participation. L'adaptation des exercices au profil moteur et cognitif de chaque résident est essentielle pour éviter les mises en échec et encourager un engagement progressif dans l'activité. ([HAS](#), 2022) ([France Parkinson](#), 2024)

3.3.2. Vérification de l'hypothèse

Pour rappel, la problématique de ce mémoire est la suivante : **“En quoi, l'utilisation du MOH par l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement occupationnel dans une activité de gymnastique douce du sujet âgé atteint de la maladie de Parkinson en EHPAD ”** Ainsi, une hypothèse découlant de cette réflexion a été formulée : **“L'utilisation du MOHOST par l'ergothérapeute permet de repérer les freins et ressources en termes d'habiletés motrices de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson lors de l'activité de gymnastique douce”**

Les entretiens révèlent que bien que les ergothérapeutes aient connaissance de l'existence du MOHOST, aucun ne l'utilise réellement dans sa pratique quotidienne et par conséquent, n'emploie pas d'outils propre à celui-ci. L'évaluation des habiletés motrices par les ergothérapeutes repose principalement sur l'observation des résidents au cours des activités. Bien que non standardisées, ces observations leur permettent d'identifier les freins et leviers liés à la MP et d'adapter les activités pour éviter les mises en échec. Les professionnels interrogés reconnaissent l'intérêt potentiel du MOHOST, notamment pour structurer ces observations dans un cadre plus normé et reproductible. Ainsi, bien que l'hypothèse de son utilisation ne puisse être confirmée, elle n'est pas contredite : les besoins exprimés sur le terrain tendent à confirmer la pertinence d'un tel outil pour accompagner les résidents atteints de la MP.

3.3.3. Limites et biais de l'étude

Les biais en recherche se définissent comme un « *ensemble de variables non-désirées qui peuvent influencer sur les résultats d'une expérimentation de façon relativement imprévisible. Les biais ont parfois des effets si puissants qu'ils peuvent rendre l'interprétation des résultats tout à fait impossible.* » ([Aunege](#), s.d.) Dans le cadre de cette étude, des limites et biais ont été identifiés.

- Biais de sélection

Le biais de sélection signifie que « *la constitution de l'échantillon devient non représentative de la population cible pour des facteurs liés au problème étudié.* » ([Lepcam](#), s.d.) Dans cette étude, nous pouvons relever l'effectif restreint de l'échantillon d'ergothérapeutes interrogés. Celui-ci ne peut permettre de représenter la vision et la pratique professionnelle d'une proportion représentative des ergothérapeutes exerçant en EHPAD auprès du résident atteint de la MP.

Pour suivre, il est intéressant de considérer l'année d'obtention de diplôme des quatre ergothérapeutes interrogés. Effectivement, l'ergothérapeute le plus anciennement diplômé des quatre date de juin 2023 ce qui est assez récent. On peut supposer aussi que par manque d'expérience, n'a pas pu mettre en pratique toutes les notions étudiées au cours de sa formation.

Pour finir, la non-utilisation du MOHOST des ergothérapeutes interrogés ne permet pas d'analyser de façon concrète son impact dans la pratique professionnelle. Et ainsi en connaître les bienfaits auprès des personnes atteintes de la MP. Peut-être aurait-il fallu mettre en critères d'inclusion le fait d'utiliser le MOHOST au cours de sa pratique professionnelle. Seulement, aux vues du temps soumis pour la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche, il m'aurait sûrement été difficile de réaliser des entretiens.

- Biais de classement

Le biais de classement « *concerne toute erreur conduisant à une mesure erronée de l'exposition (considérer un patient comme exposé alors qu'il ne l'est pas) ou de la maladie (considérer un patient comme malade alors qu'il est indemne)* » ([Masson](#), s.d.). Ainsi, nous pouvons discuter de la méthode de passation d'entretien semi-directif choisi. En effet, bien qu'il permette de recueillir des données riches, celui-ci expose

également à un certain risque d'interprétation des réponses. Malgré les différentes limites relevées, cette étude a permis de mettre en évidence des éléments essentiels.

3.3.4. Intérêts

Ce mémoire met en lumière plusieurs intérêts. A l'échelle de l'EHPAD, il est souligné l'intérêt que porte les ergothérapeutes à l'engagement occupationnel des résidents atteints de la MP, et met en évidence l'importance de proposer des activités adaptées telle que la gymnastique douce, qui permet d'agir tant sur les plans moteur, cognitif et social. Les résultats révèlent également un besoin de soutien des professionnels à l'intégration d'outils issus des modèles conceptuels, tels que le MOHOST. Leur utilisation pourrait favoriser une prise en charge plus ciblée, structurée dans le travail en équipe pluridisciplinaire. Enfin, ce mémoire met en évidence une difficulté organisationnelle majeure : le manque de temps alloué à l'accompagnement des résidents par les ergothérapeutes, qui freine l'évaluation approfondie des effets des interventions.

Ce travail contribue également à réfléchir à la place des modèles conceptuels et des outils standardisés dans la pratique professionnelle. Il souligne la nécessité d'une meilleure articulation entre les connaissances acquises en formation et leur mise en œuvre sur le terrain. L'analyse met en lumière les freins (temps, charge de travail, manque de formation continue) mais aussi les leviers possibles pour soutenir une pratique centrée sur l'occupation.

Pour finir, ce travail m'aura permis d'approfondir ma compréhension des enjeux liés à l'engagement occupationnel en EHPAD, notamment auprès des personnes atteintes de la MP. Aussi, il m'aura permis de développer une posture professionnelle plus critique, de mieux saisir les différences entre la formation et la pratique. Ce mémoire renforce ma volonté de défendre une ergothérapie centrée sur les occupations, tout en m'adaptant aux réalités du terrain.

3.3.5. Perspectives

À l'avenir, il serait pertinent d'approfondir cette recherche à travers une étude incluant un échantillon plus large et plus diversifié d'ergothérapeutes. Il serait intéressant d'explorer l'impact réel de l'utilisation du MOHOST sur l'engagement

occupationnel des résidents dans l'activité gymnastique douce ainsi que dans leurs autres occupations de loisirs, via des observations longitudinales ou des études comparatives. Enfin, une réflexion pourrait être menée sur la place de la formation continue dans le maintien et le développement des compétences théoriques, notamment autour des modèles conceptuels. L'intégration de ces outils en formation permettrait de renforcer la singularité de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire et d'optimiser la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes atteintes de troubles neurodégénératifs tels que la MP.

Conclusion

La maladie de Parkinson, deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer, touche aujourd'hui plusieurs millions de personnes dans le monde. En 2021, on estime à 11,8 millions le nombre de personnes atteintes, avec une augmentation prévue dans les décennies à venir en lien avec le vieillissement de la population. Cette pathologie progressive impacte les personnes atteintes, tant sur le plan moteur, cognitif, psychologique que social. Face à cette complexité, l'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer pour soutenir l'autonomie, la qualité de vie et l'engagement dans des activités significatives de la personne atteinte de la MP. Cette pathologie neurodégénérative affecte progressivement les fonctions motrices, engendrant des troubles tels que la bradykinésie, la rigidité, les tremblements et les troubles de l'équilibre, qui limitent les capacités de la personne à s'engager dans ses occupations habituelles. L'ergothérapeute intervient alors pour analyser les habiletés motrices résiduelles, les adapter et les mobiliser au sein d'activités ciblées, de manière à maintenir le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle et l'engagement occupationnel du patient.

À travers ce mémoire, j'ai souhaité interroger la manière dont les ergothérapeutes en EHPAD accompagnent les résidents atteints de MP au travers d'une activité physique adaptée : la gymnastique douce. Cette activité mobilise les habiletés motrices (équilibre, coordination, amplitude articulaire, endurance...), tout en s'inscrivant dans une dynamique occupationnelle collective et structurée. Elle représente ainsi un levier thérapeutique pertinent pour favoriser le maintien des capacités physiques et l'implication active des résidents. Le rôle de l'ergothérapeute y est central : assurer la sécurité des résidents, évaluer les capacités, adapter l'activité et veiller à ce qu'elle reste significative et motivante pour la personne, tout en tenant compte de l'évolution de la maladie.

La problématique interrogeait : **En quoi, l'utilisation du MOH par l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement occupationnel dans une activité de gymnastique douce du sujet âgé atteint de la maladie de Parkinson en EHPAD ?** Les résultats de cette étude qualitative montrent que si le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et l'engagement occupationnel sont des notions maîtrisées par les ergothérapeutes interrogés, leur utilisation concrète sur le terrain reste faible. Or, l'hypothèse supposait

que « **l'utilisation du MOHOST (outil issu du MOH) par l'ergothérapeute permettait de repérer les freins et ressources en termes d'habiletés motrices de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson lors de l'activité gymnastique douce** ». Dans cette étude, aucun des ergothérapeutes interrogés n'utilise le MOHOST, en raison notamment de contraintes de temps, de surcharge de patients. L'évaluation de l'engagement occupationnel est actuellement basée sur l'observation et l'échange, sans recours à des outils normés. Concernant l'activité de gymnastique douce, les ergothérapeutes interrogés soulignent ses bienfaits, bien que ceux-ci ne peuvent être véritablement attestés sans régularité et structuration.

Ainsi, si l'hypothèse de départ ne peut être validée directement, les résultats obtenus soulignent un besoin d'accompagnement des professionnels vers une meilleure appropriation des outils issus des modèles conceptuels, notamment en EHPAD, où les enjeux liés à l'engagement et à la participation sont particulièrement sensibles. Ces résultats restent toutefois à nuancer puisque ce mémoire présente des limites, notamment liées à la taille de l'échantillon, à la diversité d'expériences des professionnels interrogés, et à l'absence de recoupement avec des observations ou données mesurables (étude qualitative). Néanmoins, il ouvre des pistes concrètes de réflexion sur les pratiques actuelles et leurs évolutions possibles.

Ainsi, même si l'hypothèse de départ ne peut être validée, elle n'est pas infirmée. Les données recueillies mettent en évidence la nécessité de repères théoriques et d'outils d'évaluation adaptés sur le terrain. Ce travail ouvre donc des pistes de réflexion sur l'évolution des pratiques ergothérapeutiques en EHPAD, l'importance de la formation continue, et la place des modèles conceptuels pour guider les interventions. Il confirme l'utilité d'ancrer l'ergothérapie dans une pratique centrée sur l'occupation, la signification des activités, et l'ajustement constant de l'ergothérapeute aux besoins des personnes.

Bibliographie

- Ouvrages

Boniface et Seymour, 2012, Using Occupational Therapy Theory in Practice <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-600453-3e125b17d6.pdf>

Connor, L. T., Wolf, T. J., Foster, E. R., Hildebrand, M. W., & Baum, C. M. (2016). Chapitre 9. Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. In *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 125-137). De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-125>

Famose, J.-P. (1990). Chapitre 4. Habilité motrice. In *Apprentissage moteur et difficulté de la tâche* (p. 97-123). INSEP-Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.insep.1313>

Guichard, J. (2022). Sentiment de compétence (Self-efficacy belief). In *Orientation et insertion professionnelle* (p. 397-400). Dunod. <https://shs.cairn.info/orientation-et-insertion-professionnelle--9782100825622-page-397?lang=fr>

Khosravi, M. (2016). Chapitre V. Les autres démences séniles. Dans *Aimer et accompagner nos aînés Guide pratique et manuel de formation* (p. 309-354). Doin. <https://stm.cairn.info/aimer-et-accompagner-nos-aines--9782704014309-page-309?lang=fr>.

MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. (s. d.). ANFE. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://anfe.fr/product/mohost-outil-devaluation-de-la-participation-occupationnelle-2/>

Morel-Bracq, M. (2017). Introduction. Dans Morel-Bracq, M (Dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux*. (p. 1-11). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0001>

Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's model of human occupation: theory and application*, 5e. Lippincott Williams & Wilkins.
<https://ot.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=2037§ionid=0>

- **Articles**

Bréchat, P., Vogel, T., Bérard, A., Lonsdorfer, J., Kaltenbach, G. et Berthel, M. (2008). Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? *Santé Publique*, 20(5), 475-487. <https://doi.org/10.3917/spub.085.0475>

DREES, 2020, Le taux d'encadrement dans les EHPAD <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances*. Reflets et perspectives de la vie économique, 4, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Sabari, J. S., Ortiz, D., Pallatto, K., Yagerman, J., Glazman, S., & Bodis-Wollner, I. (2015). Activity engagement and health quality of life in people with Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, 37(16), 1411-1415. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972588>

Su, D., Cui, Y., He, C., Yin, P., Bai, R., Zhu, J., Lam, J. S. T., Zhang, J., Yan, R., Zheng, X., Wu, J., Zhao, D., Wang, A., Zhou, M., & Feng, T. (2025). Projections for prevalence of Parkinson's disease and its driving factors in 195 countries and territories to 2050 : Modelling study of Global Burden of Disease Study 2021. *BMJ*, 388, e080952. <https://www.bmj.com/content/388/bmj-2024-080952>

Vega, P., Bruyr, F., Schepers, A., Harmegnies, B., & Roland, V. (2017). Application de la méthode LSVT BIG® auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson. *Kinésithérapie, la Revue*, 17(184), 87-88. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.098>

- **Autres**

AFEG. (s. d.). *Ergothérapeute DE en EHPAD*. Fiche 1. Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. <https://afeg-asso.fr/wp-content/uploads/2024/01/Ergotherapeute-DE-en-EHPAD-1.pdf>

Anege. (s. d.). *L'expérimentation en économie : Méthode et principes fondateurs - Les biais en recherche expérimentale*. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/7d01faf2-0582-47bd-af37-a52852812398/co/R2-1CH01-7_Les%20biais%20en%20recherche%20experimentale.html

ANFE. (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse <https://anfe.fr/qu'est-ce-que-l-ergotherapie/>

De pas APA. (s. d.). *Gymnastique douce*. Activité physique adaptée. Consulté 10 mai 2025, à l'adresse <https://www.depasapa.fr/toutes-les-activites/gymnastique-douce/#profil-116>

DREES. (2016). *État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats, n°0988. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er_988.pdf

DREES. (2024). *Ehpad : Un résident sur dix a moins de 75 ans*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats, n°1302. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-08/ER1302MAJ130824.pdf>

Duperrier, F. (2016). *Autonomisation de la personne atteinte de la maladie de Parkinson à travers le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation*. Mémoire IFE Université Claude Bernard Lyon1. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/DUPERRIER-Florence-232f3e88.pdf>

France Parkinson. (s. d.a). *Activité physique*. FRANCE PARKINSON – Libérons le mouvement. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://www.franceparkinson.fr/activites-sports-et-bien-etre/les-benefices-de-lexercice-physique-sur-la-maladie-de-parkinson/>

France Parkinson. (s. d.b). *Les Troubles Cognitifs Légers*. FRANCE PARKINSON – Libérons le mouvement. Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://www.franceparkinson.fr/symptome/troubles-cognitifs-legers-parkinson/>

France Parkinson. (s. d.c). *Quelles sont les causes de la maladie de Parkinson ?* FRANCE PARKINSON – Libérons le mouvement. Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://www.franceparkinson.fr/comprendre-la-maladie-de-parkinson/quelles-sont-les-causes-de-la-maladie-de-parkinson/>

France Parkinson. (s. d.d). *Quels sont les symptômes de la maladie de Parkinson ?* FRANCE PARKINSON – Libérons le mouvement. Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://www.franceparkinson.fr/comprendre-la-maladie-de-parkinson/quels-sont-les-symptomes-de-la-maladie-de-parkinson/>

France Parkinson. (s. d.e). *La dysphagie dans la maladie de Parkinson*. FRANCE PARKINSON – Libérons le mouvement. Consulté 23 mars 2025, à l'adresse <https://www.franceparkinson.fr/symptome/la-dysphagie-parkinson/>

France Parkinson. (s. d.f). *Activité physique et maladie de Parkinson*. FRANCE PARKINSON – Libérons le mouvement. Consulté 26 avril 2024, à l'adresse. <https://www.franceparkinson.fr/activite-physique-et-maladie-de-parkinson/>

FRM. (s. d.). *Tout savoir sur la maladie de Parkinson*. Fondation pour la Recherche Médicale. Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://www.frm.org/fr/maladies/recherches-maladies-neurologiques/maladie-de-parkinson/focus-maladie-parkinson>

HAS. (2007). *Guide : La prise en charge de votre maladie de Parkinson*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-09/gp_parkinson_10818_001_008.pdf

HAS. (2019). *Parkinson – Prise en charge non médicamenteuse des troubles moteurs*. Haute Autorité de Santé. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974326/fr/parkinson-prise-en-charge-non-medicamenteuse-des-troubles-moteurs

HAS. (2022). *Prescription d'activité physique, Maladie de Parkinson*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/fiche_aps_parkinson_vf.pdf

Hereson, K. (2023). *Impact de la maladie de Parkinson dans la participation occupationnelle de la personne âgée à domicile*. Mémoire IFE, ADERE, Paris. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/09/HERESON-Kryrna.pdf>

INSERM. (2022). *Maladie de Parkinson*. Inserm, La science pour la santé. Consulté 7 septembre 2024, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/parkinson-maladie/>

Institut Pasteur. (2024). *Parkinson*. Consulté 7 septembre 2024, à l'adresse <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/parkinson>

Isaac, Z. (2023). *Ergothérapie*. Édition professionnelle du Manuel MSD. Consulté 8 mai 2025, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/sujets-speciaux/reeducation/ergotherapie>

LégiFrance. (2002). *LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

Légifrance. (2023). *Chapitre II : Prescription d'activité physique (Articles D1172-1 à D1172-5)*. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000033826290/>

LEPCAM. (s. d.). *Interprétation et Critique les résultats (2)*. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/critique/>

LeRobert. (s. d.). *athétose*. Dico en ligne Le Robert. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/athetose>

MASSON, (2022). *Fiche 2 - les trois biais, sélection, classement, confusion*. <https://www.elsevier-masson.fr/media/wysiwyg/PDF/FR/9782294776380.pdf>

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2009). *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. solidarites.gouv.fr. Consulté 4 janvier 2025, à l'adresse <https://solidarites.gouv.fr/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap-ou-de-dependance>

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2015). *Les grandes lignes du plan maladies neuro-dégénératives (MND) 2014-2019*. Sante.gouv.fr. Consulté 4 janvier 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/les-grandes-lignes-du-plan-maladies-neuro-degeneratives-mnd-2014-2019>

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2023). *Stratégie nationale maladies neurodégénératives: Lancement des travaux de concertation*. solidarites.gouv.fr. Consulté 24 novembre 2024, à l'adresse <https://solidarites.gouv.fr/strategie-nationale-maladies-neurodegeneratives-lancement-des-travaux-de-concertation>

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (s. d.). *Ergothérapeute*. Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/soins-de-reeducation/metier/ergotherapeute>

Neuronup. (2023). *Phénomènes on-off ? Importants dans la maladie de Parkinson ?* Consulté 25 avril 2025, à l'adresse <https://neuronup.com/fr/actualites-de-la-stimulation-cognitive/maladies-neurodegeneratives/parkinson/phenomenes-on-off-importants-dans-la-maladie-de-parkinson/>

OMS. (2024). *Activité physique*. Organisation mondiale de la santé. Consulté 9 mai 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

OMS. (2024). *Vieillesse et santé*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté 7 septembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Rezzoug, I. (2019). *Grille AGGIR : Comment évaluer la perte d'autonomie ?* Fédération des Malades et Handicapés – Ensemble pour agir ! Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse <https://fmh-association.org/grille-aggir-comment-evaluer-la-perte-dautonomie/>

Rochois, M. (2024, avril 26). *Activité physique et maladie de Parkinson. France Parkinson*. <https://www.franceparkinson.fr/activite-physique-et-maladie-de-parkinson/>

Santé Publique France (2023). *Maladie de Parkinson*. Consulté 7 septembre 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-de-parkinson>

Service-Public.fr. (2025). *Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

Annexes

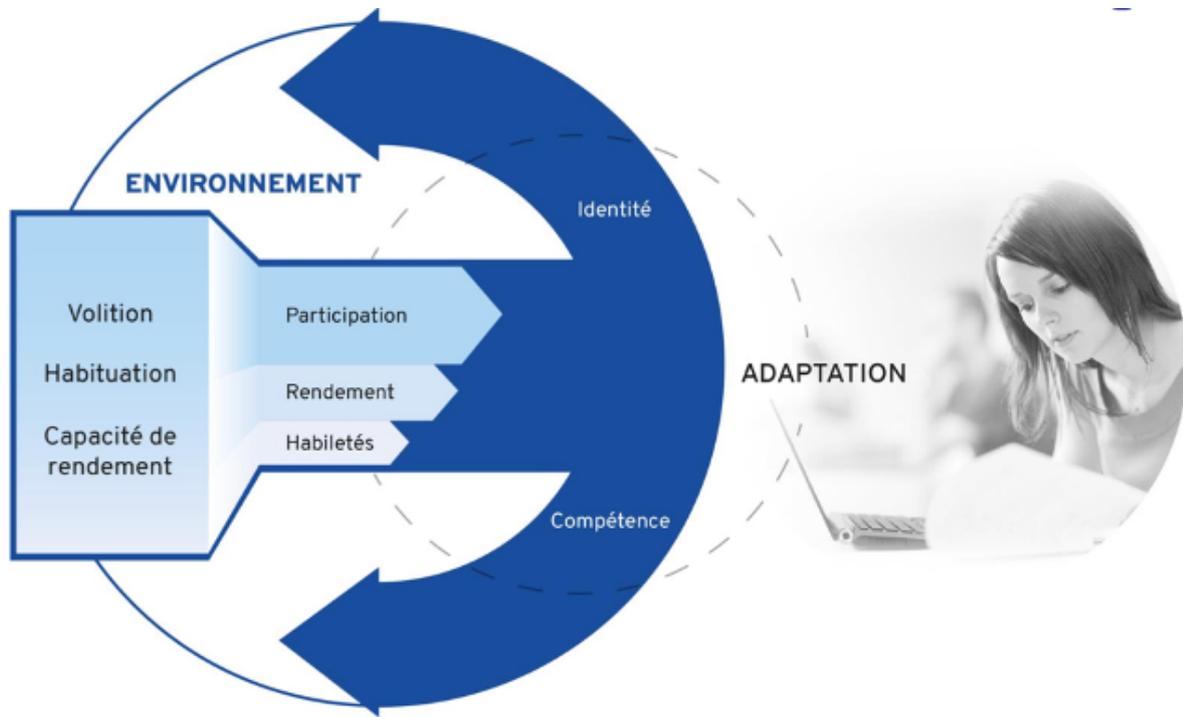
ANNEXE I : TABLEAU DE NOMENCLATURE DES GIR	I
ANNEXE II : SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE.....	II
ANNEXE III : OUTIL D'EVALUATION MOHOST	III
ANNEXE IV : LOI JARDÉ.....	IV
ANNEXE V : AFFICHE DE RECRUTEMENT	V
ANNEXE VI : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	VI
ANNEXE VII : GUIDE D'ENTRETIEN	VII
ANNEXE VIII : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2	XI
ANNEXE IX : TABLEAU ANALYSE DES RÉSULTATS.....	XVII

ANNEXE I : TABLEAU DE NOMENCLATURE DES GIR

GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour ses déplacements dans son logement
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante

([Fédération des malades et handicapés](#), 2019)

ANNEXE II : SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE



copyright : Gary Kielhofner, Kirsty Forsyth, Sue Parkinson (traduit par Gladys Mignet) (2017). MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. De Boeck Supérieur.

MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool)

Outil d'évaluation de la participation occupationnelle

Nom :	Ergothérapeute :
Age : Date de naissance :/...../.....	Signature :
Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Date du 1 ^{er} contact :/...../.....
Eléments médicaux	Date de l'évaluation :/...../.....
.....	Cadre des interventions :
.....

Echelle	F	Facilite la participation occupationnelle
	P	Permet la participation occupationnelle
de cotation	L	Limite la participation occupationnelle
	E	Empêche la participation occupationnelle

ANALYSE DES FORCES ET DES LIMITES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SOMMAIRE DES COTATIONS

Motivation pour l'occupation	Profil d'occupation	Habilités de communication et d'interaction	Habilités opératoires	Habilités motrices	Environnement
Auto-évaluation des aptitudes					
Attente de réussite					
Intérêt					
Choix					
Routine					
Adaptabilité					
Rôles					
Responsabilité					
Habilités non-verbales					
Conversation					
Utilisation de la voix					
Relations					
Connaissance					
Organisation dans le temps					
Organisation de l'espace					
Résolution de problèmes					
Posture et mobilité					
Coordination					
Force et effort					
Energie					
Espace physique					
Ressources physiques					
Groupes sociaux					
Exigences occupationnelles					
F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P
L	L	L	L	L	L
E	E	E	E	E	E

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française
 Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.



Institut de formation en ergothérapie La Musse
CS 20119,
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
tél : 02 32 07 29 35
ife@ifrs-lamusse.net



le 07/11/2018

Complément au Guide méthodologique pour la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche

Conformément à l'application de la loi JARDE du 2 mars 2012, un étudiant de l'IFELM qui inscrit son travail d'initiation à la recherche dans la catégorie 3, a la possibilité de réaliser :

- Des questionnaires et entretiens auprès de professionnels
- Des questionnaires et entretiens auprès d'ergothérapeutes
- Des questionnaires et entretiens auprès de bénévoles d'associations
- Des recueils et exploitations de données issues de dossiers médicaux
- Des entretiens auprès d'adultes sans vulnérabilité spécifique et recrutés dans la population générale
- Des questionnaires et entretiens auprès de patients ou résidents s'il s'agit d'interroger les pratiques professionnels et/ou l'organisation des soins

Pour chacune de ces situations, le consentement écrit des participants est obligatoire et doit être recueilli par l'étudiant.

L'étudiant s'engage à préserver l'anonymat de la personne.

Les étudiants ne sont donc pas autorisés à réaliser des questionnaires et entretiens auprès des patients ou résidents lorsque la recherche est en lien avec le traitement et les soins de la personne. En effet, l'étudiant ne doit en aucun cas modifier la prise en charge de la personne.

Yves PRUDENT

FONDATION HOSPITALIERE RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE PAR DECRET DU 8 JUILLET 1928

Siège social: 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris tél.: 01 43 26 77 04 fax: 01 40 51 70 01 larenaissancesanitaire@lrs-fondation.net
www.larenaissancesanitaire.fr

MÉMOIRE D'INITIATION À LA RECHERCHE
ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL
& PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON EN EHPAD

RECHERCHE DE PASSATION D'ENTRETIENS

SI VOUS :

- ✓ ÊTES ERGOTHÉRAPEUTE D.E. ?
- ✓ DÉTENEZ UNE EXPÉRIENCE EN EHPAD ?
- ✓ EXERCEZ AUPRÈS DU SUJET ÂGÉ ATTEINT DE LA MALADIE DE PARKINSON ?
- ✓ AVEZ ENCADRÉ UNE ACTIVITÉ GYMNASTIQUE DOUCE AUPRÈS DE RÉSIDENTS PARKINSONIENS ?

Vous êtes susceptible de répondre à mes questions !

**JE M'INTERROGE SUR L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL
DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON EN EHPAD
À TRAVERS LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE DOUCE**



Et si votre expérience me permettait
d'enrichir ma réflexion !

CONTACTEZ-MOI AU PLUS VITE !

Bérandère ROGER
Etudiante en 3ème année d'ergothérapie - Institut de Formation La Musse
Berangereroger45@gmail.com - 07.65.20.45.10

Formulaire de consentement

Dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire d'initiation à la démarche de recherche en ergothérapie, j'accepte que l'entretien soit enregistré et utilisé de manière anonyme pour l'étude menée par ROGER Béragère, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'institut de formation LA MUSSE (Saint Sébastien de Morsent, 27).

Déroulement de l'entretien : Vous êtes invité(e) à participer à un entretien individuel de 20 à 30 minutes, portant sur votre expérience professionnelle en EHPAD auprès du sujet Parkinsonien. L'entretien sera enregistré (audio uniquement) afin de permettre une retranscription fidèle de vos propos. Les données recueillies seront strictement anonymisées.

Confidentialité : Toutes les informations recueillies dans cet entretien seront anonymisées et resteront confidentielles. Celles-ci seront conservées dans un fichier informatique sécurisé jusqu'à l'obtention du diplôme.

Utilisation des données : Les données recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire de fin d'études.

Je soussigné(e) : déclare avoir lu et compris les informations ci-dessus.

J'accepte volontairement de participer à cette étude et autorise l'enregistrement de l'entretien

Oui Non

7/04/2025

Date :

Signature de l'étudiante :

interrogée :

Signature de la personne



A- EXPERIENCES PROFESSIONNELLES DE L'ERGOTHEPEUTE :

→ Vérifier les critères d'inclusion/exclusion

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis la fin de vos études d'ergothérapeute ?
 - Depuis quand êtes-vous diplômé ?
 - Dans quelles structures avez-vous exercé ? Avez-vous déjà exercé en EHPAD ?
 - Avez-vous suivi des formations complémentaires ?

2. Quelles expériences détenez-vous auprès de la personne atteinte de la MP ?
 - Travaillez-vous encore auprès de ce public ?
 - Dans quels contextes vous est-il arrivé/ vous arrive-t-il d'intervenir auprès de ce public en tant qu'ergothérapeute ?
 - Plus précisément, pourriez-vous citer les difficultés rencontrées des personnes atteintes de la MP que vous accompagnez/ que vous avez accompagné ? Comment se décrivent ces difficultés dans leur quotidien ? Concrètement, pouvez-vous décrire vos interventions ?

3. Utilisez-vous des modèles conceptuels dans votre pratique ?
 - Basez-vous votre intervention auprès du sujet Parkinsonien d'après un modèle conceptuel ? Si oui lequel et pour quelles raisons ?
 - Connaissez-vous le MOH ? L'utilisez-vous et comment ? Si non, pourquoi ? Selon vous, quels sont ses avantages et inconvénients ?

B - L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL :

→ Usage et intérêt de l'utilisation du MOH par le professionnel

4. Connaissez-vous l'engagement occupationnel ?
 - L'engagement occupationnel est une composante de l'agir qui désigne la participation active et significative d'une personne lors de ses occupations. Cette notion reflète l'implication, la motivation et l'investissement personnel au cours des activités notées importantes et pertinentes par la personne.
 - Vous arrive-t-il d'évaluer l'atteinte de l'engagement occupationnel des personnes MP ? Utilisez-vous des bilans ou outils spécifiques pour évaluer cette atteinte ?

5. Connaissez-vous le MOHOST ?
 - L'outil du MOHOST permet d'analyser la personne au cours de son activité et ce en s'intéressant à six composantes. Parmi celles-ci nous comptons : la motivation, le profil occupationnel de la personne, ses habiletés de communication et d'interaction, ses habiletés opératoires, motrices et l'environnement dans lequel se déroule l'activité. Cet outil permet d'évaluer la façon dont la personne participe à l'activité. Selon, si la composante "facilite", "permet", "limite", "empêche" l'engagement du sujet au cours de l'activité.
 - Si non utilisez-vous quelque chose d'autre pour déterminer les freins et les ressources des habiletés motrices ?
 - Si oui, l'avez-vous déjà utilisé et pourquoi ?

6. L'utilisez-vous pour déterminer les freins et ressources des habiletés motrices ?
 - Quelles composantes du MOHOST vous semble utile pour l'engagement des personnes atteintes de la MP ? Pensez-vous que les freins et ressources des habiletés motrices sont à rechercher ?

7. D'après vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans le renforcement/ soutien de l'engagement occupationnel de la personne atteinte de la MP ?
 - Comment intervenez-vous sur l'engagement occupationnel ?
 - Recherchez-vous l'engagement dans certaines activités de préférence ?
 - Recherchez-vous certaines habiletés motrices pour ces activités ?

C. LES HABLETES MOTRICES :

→ Intérêt des habiletés motrices des MP dans les AVQ

8. Vous est-il déjà arrivé d'évaluer les habiletés motrices des résidents parkinsoniens ?
 - Si oui avec quel outil l'avez-vous fait ?
 - Utilisez-vous le MOHOST pour cela ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?

9. D'après vos observations et évaluations, quelles sont les principales limitations et ressources liées aux habiletés motrices des personnes atteintes de la MP

que vous accompagnez/ avez accompagné durant l'activité gymnastique douce ?

- Selon vous, dans quelle mesure l'évaluation de ces habiletés motrices peut influencer positivement leur engagement occupationnel et dans quelles occupations ?

D- ACTIVITE GYMNASTIQUE DOUCE :

→ Intérêt de l'évaluation MOHOST lors de l'activité gym douce sur les habiletés motrices

10. Vous est-il arrivé d'encadrer une activité de gymnastique douce à destination de ce public ?

- Si non pourquoi ne jamais avoir proposé d'activité gymnastique douce ?
- Si oui, Dans quel cadre s'est-elle déroulée ? Quels en étaient les objectifs ?
- Si l'objectif était de renforcer leur engagement occupationnel, celui-ci a-t-il été atteint ? Pourquoi ? Comment l'évaluez-vous ?

11. Pensez-vous que la gymnastique douce participe au développement ou au maintien des habiletés motrices chez ces personnes ?

- Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

12. Suite à votre évaluation MOHOST avez-vous constaté une différence dans votre accompagnement ?

- Avez-vous proposé/ proposez-vous des adaptations aux exercices de l'activité gymnastique douce à ce public ? Modifié le rythme, avez-vous refait d'autres évaluations ? Des évaluations de suivi ?

E. REPERCUSSIONS DANS LES AVQ :

→ Plus-value de l'usage du MOHOST à long terme sur les habiletés motrices

13. Sur le plan de l'autonomie et de la participation dans les AVQ, à la suite de votre accompagnement, avez-vous constaté des évolutions ?

- A la suite de ces séances de gymnastique douce ? Et à la suite de vos évaluations ? Lesquelles ?

14. Quelles sont, selon vous, les limites ou les freins à ce type d'évaluation dans votre pratique en EHPAD ?

- Et auprès de ce public ? Quels en sont ou pourraient en être ses avantages ?

F. CONCLUSION :

15. Avez-vous des remarques ou informations supplémentaires que vous souhaiteriez ajouter ?

ENTRETIEN MEMOIRE N°2

A- Expériences professionnelles de l'ergothérapeute :

→ Vérifier les critères d'inclusion/exclusion

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis la fin de vos études d'ergothérapeute ?

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Dans quelles structures avez-vous exercé ? Avez-vous déjà exercé en EHPAD ?
- Avez-vous suivi des formations complémentaires ?

« Bonjour, je m'appelle ..., je suis diplômée depuis janvier 2024 et exerce depuis que je suis diplômée en EHPAD. Au cours de ma formation, j'ai bénéficié de cours sur l'encadrement d'atelier auprès de la personne âgée en particulier la gymnastique douce. Et j'ai aussi pu m'exercer durant mes stages. Mais approprement parlé, je n'ai pas de formations supplémentaires que celle de mon diplôme d'ergothérapeute. »

2. Quelles expériences détenez-vous auprès de la personne atteinte de la MP ?

- Travaillez-vous encore auprès de ce public ?
- Dans quels contextes vous est-il arrivé/ vous arrive-t-il d'intervenir auprès de ce public en tant qu'ergothérapeute ?
- Plus précisément, pourriez-vous citer les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de la MP que vous accompagnez/ que vous avez accompagné ?
- Comment se décrivent leurs difficultés dans leur quotidien ?
- Concrètement, pouvez-vous décrire vos interventions ?

« J'interviens pour auprès du résidents atteint de la maladie de parkinson de mon EHPAD en particulier sur le plan de l'alimentation. Il présente des troubles de déglutition donc j'ai préconisé et mis en place des aides techniques au repas pour limiter ces difficultés et sécuriser le repas. Mais il m'est aussi arrivé d'intervenir pour la mise en place d'aide techniques pour le déplacement comme un rollator et un fauteuil roulant.

Cette personne présente dans l'EHPAD qui est atteinte de la MP présente une aphasie qui s'est particulièrement altérée depuis 6 mois, des apraxies qui complexifient ses activités de la vie quotidienne, des troubles de la marche et de l'équilibre qui se sont aggravés avec le temps et est très fatigable. »

3. Utilisez-vous des modèles conceptuels dans votre pratique ?

- Basez-vous votre intervention auprès du sujet Parkinsonien d'après un modèle conceptuel ? Si oui lequel et pour quelles raisons ?
- Connaissez-vous le MOH ? L'utilisez-vous et comment ? Si non, pourquoi ? Selon vous, quels sont ses avantages et inconvénients ?

« Je n'utilise pas de modèle... Par contre, celui que je pense que je pourrais utiliser, ça pourrait être le MOH puisqu'il s'intéresse à la personne dans sa globalité. Seulement je n'ai pas vraiment le temps, et puis quand j'interviens auprès des résidents c'est qu'il y'a une demande alors je fais au plus vite »

B - L'engagement occupationnel :

→ Usage et intérêt de l'utilisation du MOH par le professionnel

4. Connaissez-vous l'engagement occupationnel ?

- L'engagement occupationnel est une composante de l'agir qui désigne la participation active et significative d'une personne lors de ses occupations. Cette notion reflète l'implication, la motivation et l'investissement personnel au cours des activités notées importantes et pertinentes par la personne.
- Vous arrive-t-il d'évaluer l'atteinte de l'engagement occupationnel des personnes MP ? Utilisez-vous des bilans ou outils spécifiques pour évaluer l'engagement occupationnel ?

« Alors on a un bilan ergothérapeutique au sien de ma structure, que je dois remplir. Il s'intéresse aux AVQ de la personne et donc oui je m'intéresse à si la personne est impliquée au cours de l'activité etc. mais je dirais que ça reste assez succinct »

5. Connaissez-vous le MOHOST ?

- L'outil du MOHOST permet d'analyser la personne au cours de son activité et ce en s'intéressant à six composantes. Parmi celles-ci nous comptons : la motivation, le profil occupationnel de la personne, ses habiletés de communication et d'interaction, ses habiletés opératoires, motrices et l'environnement dans lequel se déroule l'activité. Cet outil permet d'évaluer

la façon dont la personne participe à l'activité. Selon, si la composante "facilite", "permet", "limite", "empêche" l'engagement du sujet au cours de l'activité.

- **Si non** utilisez-vous autre chose pour déterminer les freins et les ressources des habiletés motrices ?
- **Si oui**, l'avez-vous déjà utilisé et pourquoi ?

« Je connais le MOHOST car je l'ai étudié à l'école mais ne l'ai jamais mis en œuvre par manque de temps, bien je reconnaisse sa pertinence en EHPAD »

6. L'utilisez-vous pour déterminer les freins et ressources des habiletés motrices ?

- Quelles composantes du MOHOST vous semble utile pour l'engagement des personnes atteintes de la MP ?
- Pensez-vous que les freins et ressources des habiletés motrices sont à rechercher ?

« Alors je dirais l'habileté motrice, le profil occupationnel (avec la volition), je dirais que ce serait c'est deux composantes importantes pour favoriser l'engagement de la personne »

7. D'après vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans le renforcement/ soutien de l'engagement occupationnel de la personne atteinte de la MP ?

- Comment intervenez-vous sur l'engagement occupationnel ?
- Recherchez-vous l'engagement dans certaines activités de préférence ?
- Recherchez-vous certaines habiletés motrices pour ces activités ?

« Je cherche à ce que la personne soit engagée, après évidemment, j'évite la mise en échec de la personne en demandant quelque chose de trop complexe. Et aussi, je trouve que cela joue également, si l'activité n'a pas forcément de sens pour la personne, ça va être difficile que la personne s'implique. Je veux dire par là, si ce n'est pas une activité que la personne faisait avant, qu'elle n'apprécie pas la faire, bon bin là forcément son engagement ne sera pas là. »

C. Les habiletés motrices :

→ Intérêt des habiletés motrices des MP dans les AVQ

8. Vous est-il déjà arrivé d'évaluer les habiletés motrices des résidents parkinsoniens ?

- Si oui avec quel outil l'avez-vous fait ?
- Utilisez-vous le MOHOST pour cela ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?

« Je ne les évalue pas à proprement parler avec une grille d'évaluation mais j'observe les difficultés rencontrées par des mises en situation dans le quotidien »

9. D'après vos observations et évaluations, quelles sont les principales limitations et ressources liées aux habiletés motrices des personnes atteintes de la MP que vous accompagnez/ avez accompagné durant l'activité gymnastique douce ?

« L'apraxie du mouvement dans l'espace, souvent le mouvement de ses jambes dans l'espace est difficile. Je l'accompagne à montrer le mouvement et ensuite la personne recopie. Après mes exercices restent très « basics » ce qui permet à la personne de le faire de façon assez instinctive. Après si le mouvement est trop difficile, alors je ne force pas et passe à autre chose ! »

10. Selon vous, dans quelle mesure l'évaluation de ces habiletés motrices peut influencer positivement leur engagement occupationnel ?

« Ça permet de mieux estimer les difficultés rencontrées et ainsi mieux ajuster notre accompagnement pour éviter la mise en échec. Et par conséquent, si la personne parvient relativement à réaliser le mouvement, elle est satisfaite et ainsi favorise son engagement dans l'activité »

D- Activité gymnastique douce :

→ Intérêt de l'évaluation MOHOST lors de l'activité gym douce sur les habiletés motrices

11. Vous est-il arrivé d'encadrer une activité de gymnastique douce à destination de ce public ?

- Si non pourquoi ne jamais avoir proposé d'activité gymnastique douce ?
- Si oui, Dans quel cadre s'est-elle déroulée ? Quels en étaient les objectifs ? combien de participants ?
- Si l'objectif était de renforcer leur engagement occupationnel, celui-ci a-t-il été atteint ? Pourquoi ? Comment l'évaluez-vous ?

« Je propose une fois par semaine un atelier de gymnastique douce dans la résidence avec tous les résidents qui le souhaitent. On propose cet atelier à certains résidents de l'unité protégée, en particulier à un résident atteint de la maladie de parkinson. Aussi, je propose des ateliers de gymnastique douce individuel, cela me permet d'avoir plus de temps avec le résident et proposer des exercices plus complexes que je ne pourrais pas forcément proposer avec un grand groupe. Aussi je propose davantage de l'imitation des gestes lorsque je propose des ateliers de gymnastique douce avec l'unité protégée »

12. Pensez-vous que la gymnastique douce participe au développement ou au maintien des habiletés motrices chez ces personnes ?

- Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

« Globalement je répondrais oui, cependant ici pour la résidente que j'accompagne, il est difficile de répondre cela. Ces capacités se dégradent, elle réalise moins d'exercice. Donc les exercices quelle réalise reste « très simple ». Mais les exercices quelle réalise, elle les fait avec plaisir et envie »

13. Suite à votre évaluation MOHOST avez-vous constaté une différence dans votre accompagnement ?

- Avez-vous proposé/ proposez-vous des adaptations aux exercices de l'activité gymnastique douce à ce public ? Modifié le rythme, avez-vous refait d'autres évaluations ? Des évaluations de suivi ?

« Oui j'adapte par imitation des gestes, des consignes simples »

E. Répercussions dans les AVQ :

→ Plus-value de l'usage du MOHOST à long terme sur les habiletés motrices

14. Sur le plan de l'autonomie et de la participation dans les AVQ, suite à votre accompagnement, avez-vous constaté des évolutions ?

- A la suite de ces séances de gymnastique douce ? Et à la suite de vos évaluations ? Lesquelles ?

« Malheureusement, les capacités de cette patiente atteinte de la MP se dégradent beaucoup en ce moment, donc non je ne peux observer d'évolution. »

15. Quelles sont, selon vous, les limites ou les freins à ce type d'évaluation dans votre pratique en EHPAD ?

- Et auprès de ce public ? Quels en sont ou pourraient en être ses avantages ?

« Elle pourrait être pertinente, mais je dirais que sans l'outil, je me rends compte que je le fais déjà. Du coup ce n'est pas forcément optimal et complet. Mais en effet, je sais ce qui est limitant pour la résidente au niveau des habiletés motrices et ainsi j'adapte l'intervention auprès d'elle. Sans pour autant avoir utilisé le MOHOST. Je dirais aussi que par habitude je pratique sans vraiment d'outil »

F. Conclusion :

16. Avez-vous des remarques ou informations supplémentaires que vous souhaiteriez ajouter ?

« Non tout me paraît bien ! je trouve le sujet très intéressant ! »

ANNEXE IX : TABLEAU ANALYSE DES RÉSULTATS

QUESTIONS	E1	E2	E3	E4
1	Diplômée depuis juin 2023 en Normandie, exerce en EHPAD depuis son obtention de diplôme (dans lequel elle avait réalisé un de ses stages de formation d'ergothérapeute)	Diplômée depuis janvier 2024 dans le nord de la France et exerce depuis son obtention du diplôme en EHPAD, au cours de sa formation a bénéficié de cours sur l'encadrement d'atelier auprès du sujet âgé (atelier gymnastique douce) + encadrement d'atelier gymnastique douce pendant ses stages	Diplômée depuis juin 2024 dans le sud de la France, travaille en EHPAD à 50% depuis septembre. Référente de l'activité physique adaptée au sein de l'EHPAD mais ne dispose d'aucune autre formation	Diplômée depuis juin 2024 dans le Nord de la France. Travaille à 50% depuis septembre en EHPAD. Ne dispose pas de formation particulière (autre que son diplôme d'ergothérapeute)
2	Intervient "sur demande" auprès des personnes atteintes de la MP : selon les transmissions : problèmes de positionnements, éruptions cutanés, problèmes de transferts, altération de l'autonomie/ indépendance, mise en place/ réajustement d'AT	Intervient auprès du sujet MP sur l'ensemble des AVQ au besoin (le plan de l'alimentation avec les troubles de la déglutition, sur le plan des déplacements (mise en place d'AT)	Évalue les capacités (motrices, fonctionnelles) mais dispose de trop peu de temps pour assurer un suivi régulier avec les résidents atteints de la MP	Accompagne sur l'autonomie (bilan autonomie à l'arrivée du résident dans l'EHPAD) et ensuite les accompagne au besoin (pour les transferts, positionnement, déplacements ou autre). Intervient dans la préconisation et la mise en place d'aide technique. Aussi, accompagne les résidents MP sur le plan de l'équilibre avec l'aide d'un motomed (en

				collaboration avec le Kiné de la structure) Profil des résidents MP : difficultés motrices (raideurs et tremblements)
3	N'utilise pas de modèle par manque de temps Mais connais le MOH, qu'il considère la personne dans sa globalité et qu'il est pertinent de l'utiliser dans le secteur du lieu de vie comme ici en EHPAD	Connait le MOH étudié à l'école mais ne l'a jamais mis en œuvre en pratique par manque de temps, bien qu'il en reconnaisse la pertinence en EHPAD.	N'utilise pas de modèle dans sa pratique par manque de temps. Mais connait le MOH et trouve son utilisation pertinente dans un lieu de vie tel que l'EHPAD puisqu'il permet de considérer la personne dans sa globalité en tenant compte de son environnement ce qui est très important	N'utilise pas de modèle mais s'intéresse beaucoup au versant occupationnelle dans sa pratique et l'accompagnement proposé aux résidents. Désigne le MOH qui porte un intérêt particulier à la personne et son environnement qu'elle estime aussi beaucoup. Aussi la motivation est une notion particulièrement importante dans ce modèle et importante d'après elle puisqu'elle permet, si le résident est motivé, d'être particulièrement impliqué dans l'activité
4	Importance de l'engagement occupationnel dans notre métier d'ergothérapeute, on propose et encadre des activités permettant un engagement de la personne et ainsi avoir des bénéfices sur le plan des objectifs thérapeutiques	Notion apprise durant sa formation d'ergothérapeute	Notion importante dans notre métier, y porte attention	Connait cette notion (a étudié cette notion et a choisi d'aborder cette notion dans son mémoire)

	qu'on y fixe pour le patient au cours de l'activité			
5	Connait de nom cet outil mais ne l'utilise pas au cours de sa pratique	Connait le MOHOST étudié à l'école mais ne l'a jamais mis en œuvre par manque de temps, bien qu'il en reconnaisse la pertinence en EHPAD.	L'a étudié à l'école mais ne l'a jamais utilisé au cours de sa pratique	Connais l'outil mais ne l'a jamais mis en pratique (que ce soit en stage ou dans sa pratique professionnelle)
6	Jamais utilisé ce modèle	Jamais utilisé ce modèle	Jamais utilisé ce modèle	Jamais utilisé ce modèle
7	Recherche l'engagement de la personne dans les activités ayant du sens pour elle (ce qu'elle faisait avant, ses goûts, ses habitudes)	Recherche à ce que la personne soit engagée en proposant des activités significatives ou en expliquant les plus-values des activités. Si la personne n'adhère pas, arrêt de l'activité pour éviter une mise en échec et une baisse de moral	L'ergo s'intéresse à la personne au cours de ses activités, l'engagement de la personne joue un rôle essentiel dans la réalisation et l'implication de la personne. Donc plus l'ergo s'intéresse à la personne, plus nous permettons à la personne d'être actrice dans l'activité et par conséquent engagée	Mettre du sens à l'activité proposée à la personne favorise l'engagement de la personne (activité signifiante) et tenir compte de ces intérêts
8	Non évaluées par un outil	Sur observations au cours des AVQ	Observation au cours des activités et échanges avec la personne avant de proposer une activité et au cours de l'activité pour	Pas d'évaluation des habiletés motrices

			éviter la mise en échec	
9	Freezing, raideurs, tremblements	Apraxie du mouvement des jambes, possibilité d'imitation du mouvement permettant sa réalisation	Tremblements au repos, raideurs	Raideurs, tremblements au repos qui limitent la réalisation des mouvements (amplitudes réduites)
10	Composante importante dans l'engagement d'une personne MP mais parfois l'atteinte des habiletés est trop importante, ce qui freine l'engagement. Ainsi, des adaptations sont nécessaires pour influencer l'engagement de la personne dans l'activité	En proposant des adaptations correspondant aux difficultés rencontrées on influence (en partie) l'engagement de la personne dans l'activité	Création d'un lien de confiance qui permet un engagement du résident plus important. Par la connaissance que j'ai des résidents, je peux ainsi adapter les exercices pour favoriser son engagement	En y prêtant attention et en proposant par conséquent un accompagnement adéquat, nous pouvons renforcer les capacités de la personne et ainsi son implication dans l'activité. Rendre actrice la personne dans l'activité
11	Oui, les ateliers gymnastiques douce sont parfois proposés en collaboration avec le PASA, ateliers en petit groupe, avec matériel, exercices "plus poussés" (debout, assis, etc.) Intervention auprès des MP : intervient sur "demande" (selon les transmissions : problèmes de positionnements, éruptions cutanés, problèmes de transferts, altération de	Propose une fois par semaine un atelier gymnastique douce auprès de tous les résidents qui le souhaitent. Aussi ce même atelier est également proposé au sein de l'unité protégée (avec un résident MP (compréhension des consignes améliorée)), des ateliers gym douce peuvent être proposés en individuel (davantage de temps pour accompagner	Encadre l'activité gymnastique douce en collaboration avec le PASA toutes les semaines + une semaine sur deux avec un groupe plus restreint	Encadre avec sa collègue psychomotricienne, le lundi et jeudi après-midi des activités de gymnastique douce. On le fait avec un groupe de 12 personnes. Durant cet atelier on propose des exercices assis avec du matériel (ballons, parachute, musique) que l'on adapte à chaque séance et pour chaque résident au besoin."

	l'autonomie/ indépendance, mise en place/ réajustement d'AT	dans le mouvement, sans jugement, facilite la compréhension des consignes)		
12	Oui après, il faut que cette activité soit réalisée régulièrement pour visualiser des bienfaits sur les d'habiletés motrices	Globalement oui, cependant ici pour la résidente atteinte de la MP, il est difficile de répondre à cela. Ses capacités se dégradent, elle réalise moins d'exercice. Donc les exercices qu'elle réalise restent « très simples ». Mais les exercices qu'elle réalise, elle les fait avec plaisir et envie »	D'après moi oui, les exercices de l'activité gymnastique douce permettent de solliciter l'aspect moteur et donc influence le maintien de celles-ci	Augmentation du périmètre de marche, le kiné intervient également auprès de ce résident avec la motomed. Mais pense que l'activité gymnastique douce à participer à cette amélioration ! Aussi dans les autres activités, diminution de la fatigue mais ne peut pas dire si c'est grâce à la gymnastique douce
13	Imitation des mouvements, réduction des amplitudes, objets lestés (balles plus lourdes/ grossie	Aménagement des exercices (diminution de la difficulté, réduction du nombre de répétitions...)	Pour chaque résident je m'adapte à ses capacités, je reste proche de chacun d'entre eux et ainsi propose des variantes de l'exercice selon les difficultés rencontrées	Réduction du nombre de répétition d'un exercice, alternatives du matériel (objets lestés, réductions des amplitudes de mouvements demandés)
14	Par soucis de temps, je ne peux voir si l'activité à des biens faits sur les activités de vie quotidienne de ces personnes atteintes de la MP	Dégradation des capacités de la résidente	Temps de travail trop faible pour pouvoir observer des améliorations tant sur le plan occupationnel que moteur. Mais après échange avec les soignants :	Diminution de la fatigue, amélioration dans les déplacements

			amélioration/ maintien de l'équilibre ce qui s'observe sur le plan des déplacements	
15	Le temps nécessaire à la réalisation de ce type d'évaluation, la fatigabilité du résident dont il faut tenir compte	Connait le MOH étudié à l'école mais ne l'a jamais mis en œuvre en pratique par manque de temps, bien qu'il en reconnaisse la pertinence en EHPAD.	Fatigabilité des résidents, temps requis trop important	Méconnaissance de l'outil, manque de temps pour l'utiliser
16		Non pas de questions, tout me parait bien ! Je trouve le sujet très intéressant !		Importance de connaître le résident, de ses gouts, habitudes antérieures afin de proposer des activités significatives et ainsi influencer l'engagement de la personne

L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DES PERSONNES ATTEINTES DE LA
MALADIE DE PARKINSON EN EHPAD A TRAVERS LA PRATIQUE DE LA
GYMNASTIQUE DOUCE

ROGER Bérangère

Résumé : Ce mémoire explore l'engagement occupationnel des personnes âgées atteintes de la Maladie de Parkinson (MP) en EHPAD à travers la gymnastique douce, activité adaptée pouvant être proposée par l'ergothérapeute. La MP affecte les habiletés motrices et compromet l'autonomie, ce qui peut nuire à l'engagement. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et son outil d'évaluation, le MOHOST, permettent d'analyser les freins et les ressources liés à cet engagement. L'étude s'appuie sur une enquête menée auprès de quatre ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Les résultats révèlent une connaissance partielle du MOH et une sous-utilisation du MOHOST, liés à un manque de temps ou de moyens. Pourtant, les professionnels soulignent l'intérêt de la gymnastique douce dans le maintien de la motivation, des habitudes et des capacités motrices des résidents. Ce travail souligne la pertinence d'une approche occupationnelle pour renforcer l'engagement des personnes âgées atteintes de MP.

Mots-clés : EHPAD, Engagement occupationnel, Ergothérapie, Gymnastique douce, Maladie de Parkinson

Abstract : This dissertation explores the occupational engagement of elderly people with Parkinson Disease (PD) in EHPAD through gentle gymnastics, an adapted activity that can be offered by occupational therapists. PD affects motor skills and compromises autonomy, which can hinder engagement. The Model Of Human Occupation (MOHO) and its assessment tool, the MOHOST, enable us to analyze the obstacles and resources associated with this commitment. The study is based on a survey of four occupational therapists working in EHPAD. The results reveal a partial knowledge of MOH and an under-utilization of MOHOST, linked to a lack of time or resources. However, professionals emphasized the value of gentle gymnastics in maintaining residents' motivation, habits and motor skills. This work underlines the relevance of an occupational approach to strengthening the commitment of elderly people with PD.

Keywords : Nursing home, Occupational engagement, Occupational Therapy, Soft gymnastics, Parkinson disease