



IPMR de Nevers
Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation
10 place du Général Pittié 58000 NEVERS
☐ 09.81.79.27.57 – www.ipmr-nevers.fr – ☐ secretariat@ipmr-nevers.fr



DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2022-2025

TITRE DU MÉMOIRE

Ergothérapie et utilisation du modèle PEOP, favorisant une prise en soin
des troubles anxiodépressifs lors d'une entrée en ehpad.

Étudiant : Suzette LENEUF

Directeur de mémoire : Zakaria BOUSMAHA

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

*« Prendre soin, c'est d'abord reconnaître
la vulnérabilité de l'autre. »*

Paul Ricœur

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers les personnes qui m'ont entouré durant ces trois années d'études.

Tout d'abord, un immense merci à mon directeur de mémoire, Monsieur Zakaria Bousmaha pour son accompagnement précieux tout au long de ce travail de recherche. Son écoute, son soutien constant et sa capacité à me guider avec justesse ont été d'une grande aide.

Je souhaite également remercier Madame Le Boulanger, ma référente pédagogique, ainsi que co-référente mémoire, pour sa disponibilité et son accompagnement à chaque étape de mon parcours. Un grand merci également aux intervenants de l'Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation de Nevers, ainsi qu'à l'équipe pédagogique, pour leurs conseils et leur suivi attentif.

Ma gratitude s'étend aussi à tous les ergothérapeutes et professionnels rencontrés lors de mes stages. Leur patience et leur pédagogie m'ont permis de gagner en confiance et d'affiner mes compétences.

Je suis également reconnaissante envers toute ma promotion. Ces trois années ont été rythmées par la motivation et l'entraide, qui ont rendu cette expérience encore plus enrichissante. Un merci particulier à ma marraine de formation, Clarisse, pour son soutien rassurant depuis ma première année, ainsi qu'à Lison, mon amie de formation, pour son amitié précieuse.

Enfin, je remercie du fond du cœur ma famille pour leur soutien infaillible, leurs encouragements et leur confiance en moi.

Table des matières :

Glossaire

Introduction.....	1
Réflexion	1
Problématisation	5
1. Cadre théorique.....	6
1.1 Vieillir en Ehpad	6
1.1.1 Définition du vieillissement.....	6
1.1.2 L'expérience du vieillissement	6
1.1.3 La perte d'autonomie et d'indépendance.....	8
1.1.4 La pathologie du deuil.....	8
1.2 Ehpad.....	9
1.2.1 L'entrée en Ehpad.....	9
1.2.2 Le choix de l'institutionnalisation	10
1.2.3 Les répercussions dans la participation sociale des personnes.....	12
1.3 Les troubles anxio-dépressifs.....	13
1.3.1 Symptomatologie.....	15
1.3.2 Les personnes âgées et la santé mentale	15
1.3.3 Impact des symptômes anxio-dépressifs chez les personnes âgées.....	17
1.3.4 Les causes de l'anxiété et de la dépression chez les personnes âgées.....	17
1.3.5 L'environnement élément central dans l'accompagnement des personnes âgées confrontées à des troubles de santé mentale	18
1.4 Le modèle Personne - Environnement - Occupation – Performance PEOP	19
1.4.1 Généralités.....	20
1.4.2 L'ergothérapie à travers les activités	21
2. Formulation de la question de recherche	22
2.1 La question de recherche.....	22
2.2 Les hypothèses formulées	22

3. Méthodologie de recherche	22
3.1 La recherche qualitative	23
3.2 Les entretiens	24
3.3 Construction de l'entretien semi-directif	24
3.4 Avantages et limites de l'outil de recherche	25
3.5 Critères d'inclusion et d'exclusion	26
4. Analyse des données et résultats	27
4.1 Présentation des professionnels interrogés	27
4.2 Méthode de recueil des données.....	28
4.3 Méthode d'analyse.....	28
4.4 Présentation des résultats.....	28
4.5 Analyse longitudinale.....	29
4.6 Analyse transversale.....	38
4.7 Interprétation et validation des hypothèses à la question de recherche	40
5. Discussion	42
5.1 Critiques et limites de l'étude.....	42
5.2 Perspective	43
5.3 Réinvestissement professionnel	45
Conclusion.....	45

Bibliographie

Annexe

Glossaire :

Ehpad	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
AFEG	Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie
ANFE	Association Française Nationale des Ergothérapeutes
DRESS	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
D.E	Diplôme d'Etat
AVQ	Activité de Vie Quotidienne
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
AGIRR	Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
INSERME	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
PEOP	Personne Environnement Occupation Performance
MCRO	Modèle Canadien du Rendement Occupationnel

Introduction

L'ergothérapie joue un rôle fondamental dans l'accompagnement des personnes âgées, particulièrement au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. Si les interventions centrées sur le maintien de l'autonomie et l'adaptation aux restrictions physiques sont aujourd'hui des axes clairement définis du travail ergothérapique, une dimension tout aussi essentielle reste encore peu explorée, il s'agit de l'accompagnement occupationnel et motivationnel des résidents.

L'entrée en institution, souvent associée à une perte d'autonomie physique ou psychique, constitue un tournant majeur dans la vie des personnes âgées. Elle a un impact non seulement sur leur sécurité, mais également sur leur bien-être psychologique et social. Parmi les troubles fréquemment observés en EHPAD, les troubles anxiodépressifs occupent une place importante, bien qu'ils demeurent encore peu pris en compte.

Dans cet écrit, nous commencerons par analyser les processus de vieillissement et les enjeux liés à l'entrée en EHPAD. Nous étudierons ensuite l'apparition des troubles anxiodépressifs chez les personnes âgées et leurs impacts sur leur qualité de vie. Enfin, nous explorerons le rôle de l'ergothérapie en gériatrie et l'utilisation du modèle conceptuel PEOP. Marie-Chantal Morel-Bracq, détermine un modèle conceptuel comme «une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique».[1]

Nous nous interrogerons notamment sur l'intérêt de ce modèle pour unifier les pratiques ergothérapiques et améliorer la prise en soin des troubles anxiodépressifs en institution.

Réflexion

Au cours de ma formation en ergothérapie, j'ai réalisé un stage, au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). C'est ainsi que j'ai accompagné l'ergothérapeute et appréhendé son rôle dans l'établissement. D'après l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG)*[2] «l'ergothérapie en gériatrie permet le maintien des activités physiques, psychosociales et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge». Son objectif premier est de favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes au cours des actes de la vie quotidienne.

En effet, d'après l'enquête HID, aujourd'hui 6. 480 000 personnes âgées de 60 ans et plus vivent en institution. 70 % d'entre elles ont 80 ans et plus, 57 % sont dépendantes (groupes iso- ressources 1 à 4 de la grille AGGIR) [3]. L'ergothérapeute a donc tout à fait son rôle à jouer auprès de ce public, qui est particulièrement en demande.

Ainsi, nous procédions principalement par différentes mises en situation, afin d'évaluer les capacités d'autonomie et d'indépendance de la personne, au cours de celles-ci. De plus, l'ergothérapeute intervenait dans l'évaluation et le maintien des capacités motrices des personnes âgées, en travaillant plus particulièrement ; la marche, l'équilibre, la force ou encore l'endurance. Ces évaluations permettaient par la suite à l'ergothérapeute, d'orienter le choix des aides techniques, humaines et/ou animales à mettre en place, pour pallier le manque d'autonomie et d'indépendance.

C'est pourquoi, dans un premier temps, je me suis naturellement questionnée quant au rôle de l'ergothérapeute dans le maintien de l'autonomie et de l'indépendance des personnes âgées au quotidien.

Cependant, lors de ces huit semaines, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec des patients et de mettre en place des projets d'accompagnement personnalisés. Le PAP est un outil de médiation et de communication entre le résident, la famille et l'équipe. Ce dernier est élaboré à partir d'un recueil de données, qui s'appuie sur l'histoire de vie du résident, et qui relate ses antécédents, ses besoins et ses attentes [4]. La réalisation de projets d'accompagnement, est également un moyen de mettre en lumière, qu'un bon nombre de résidents refuse le dialogue et s'oppose à la prise en soin.

En effet, l'institutionnalisation émane d'une réelle perte d'autonomie et d'indépendance de la personne âgée, qu'elle soit physique et/ou psychique, ne lui permettant plus d'assurer sa sécurité à domicile. Chez certaines personnes, le vieillissement et l'état de dépendance sont compliqués à accepter, impactant négativement l'entrée en Ehpad. Ce phénomène nuit à l'état psycho-social des aînés, traduisant notamment une perte de motivation, un retrait social et une apathie accrue, que nous pouvons nommer comme l'apparition des troubles anxiodépressifs.

La lecture scientifique au sujet de l'ergothérapie en gériatrie, notamment dans le cadre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, a suscité de multiples études, qui traitent essentiellement le maintien de l'autonomie des résidents. Toutefois, la littérature ciblant les démarches occupationnelles et motivationnelles, bien qu'en expansion, demeure peu exploitée. Les études disponibles rendent néanmoins possible, de balayer différents domaines d'intervention, en insistant sur la nécessité d'accroître le champ d'action ergothérapique, en vue d'inclure un accompagnement psychologique et social, nécessaire pour contrer les effets néfastes de l'institutionnalisation.

C'est alors que j'ai constaté, que l'ergothérapeute n'orientait pas seulement son travail sur l'unique versant autonomie/ indépendance, mais qu'il accordait la même importance au versant occupationnel et motivationnel. Cela illustre l'application du modèle Personne Environnement Occupation Performance (PEOP), et son focus sur la personne et l'influence de l'environnement sur son engagement dans les activités. Les recherches m'ont permises de rendre compte, que ce dernier est à l'heure actuelle peu développé dans la revue de la littérature. A la différence du premier, qui concerne l'autonomie et l'indépendance, plus majoritairement exploité.

De surcroît, le modèle PEOP (Person-Environnement-Occupation-Performance) offre un cadre, permettant de guider la pensée ergothérapique. Il met en évidence l'interaction dynamique entre la personne, son environnement, ses occupations et sa performance, dans le but de renforcer la participation et le bien-être de la personne âgée, dans la vie quotidienne. L'utilisation de ce modèle offrira une structure et une orientation de l'intervention ergothérapique, en intégrant les interactions complexes entre la personne, son environnement et ses occupations. C'est pourquoi, lier cet aspect occupationnel au modèle PEOP, favorisera un accompagnement davantage personnalisé.

J'en ai donc conclu, qu'il n'était pas pertinent d'orienter mes investigations dans un seul

domaine, mais d'élargir les champs de recherches. L'enjeu de ce mémoire est de renseigner le rôle de l'ergothérapie dans la prise en soin des résidents, afin de favoriser leurs liens sociaux. Cela nous conduit aux questions de départ suivantes :

- Quelle est la place de l'ergothérapeute au sein de l'Ehpad ?
- Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin motivationnelle et occupationnelle des patients ? Comment impacte-t-il l'état psychologique des résidents ?

Au cours de ce dossier, nous définirons dans un premier temps le cadre théorique en abordant les notions du vieillissement et de l'entrée en Ehpad, des troubles anxiodépressifs et de l'ergothérapie à travers le modèle conceptuel PEOP. Dans un deuxième temps, nous poserons la question de recherche de ce mémoire. Enfin, nous exposerons la méthodologie qui permettra de réaliser ce travail de recherche.

Problématisation

La problématique de cette situation s'exprime dans un contexte où l'ergothérapie, particulièrement en gériatrie, joue un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes âgées, notamment au sein des EHPAD. Alors que le niveau d'autonomie et l'adaptation des restrictions physiques, sont des domaines bien définis du travail ergothérapeutique, une dimension généralement moins approfondie, mais tout autant fondamentale, se caractérise par l'accompagnement occupationnel et motivationnel des personnes âgées. En effet, l'institutionnalisation, accentuée par une perte d'autonomie physique ou psychique, atteint d'une part la sécurité des résidents, mais également leur état psycho-social. L'acceptation de la perte d'indépendance est généralement complexe, notamment traduite par des phénomènes tels que, l'isolement social, l'apathie ou encore la perte de motivation et pouvant conduire à un retrait des activités conseillées par l'établissement.

Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute ne se restreint pas seulement à favoriser les capacités d'autonomie des résidents, mais comporte également la prise en compte de leur bien-être émotionnel, social et environnemental. L'enjeu de ce mémoire est de comprendre comment l'ergothérapeute procède dans le maintien du lien social et dans le développement de l'aspect motivationnel chez les aînés, mais également d'en analyser les incidences sur leur état psychologique. La problématique porte donc sur la manière dont l'ergothérapeute, en plus de sa fonction dans le maintien des capacités d'autonomies et d'indépendances, peut interférer dans la sphère occupationnelle et motivationnelle, afin d'alléger la qualité de vie des résidents.

Il est également question d'éclairer les modalités dont l'ergothérapeute peut décider, par son approche occupationnelle et environnementale, pour réduire les conséquences néfastes d'une institutionnalisation, sur la santé mentale des séniors. Ainsi nous appréhenderons de quelle manière cette approche pourrait être davantage valorisée, dans les pratiques professionnelles courantes.

1. Cadre théorique

Dans cette partie nous définirons les mots clés de la question de départ : le vieillissement et l'ergothérapie.

1.1 Vieillir en ehpad

1.1.1 Définition du vieillissement

Selon l'étude de Malgorzata Dziechciaz et Rafal Filip, publiée en 2014, le vieillissement de l'homme est un processus physiologique et dynamique qui se poursuit avec le temps. Conformément aux affirmations de la plupart des gérontologues, elle commence dans la quatrième décennie de la vie et conduit à la mort. Le processus de vieillissement humain est complexe et individualisé, se produit dans la sphère biologique, psychologique et sociale. [5]

Aujourd'hui, il s'agit d'un problème de santé publique, l'Institut National d'Etude Démographique (INED) prévoit d'ici 2050 le doublement du nombre de personnes âgées (65 ans et plus) dans le monde, passant de 700 millions de personnes en 2020 à 1.5 milliards d'individus. En France, il est estimé une augmentation de 28 pourcents de la population âgée d'ici 2050. [6]

Ce phénomène s'explique d'une part par l'avancée de l'âge de la génération du baby-boom, ainsi que de l'allongement de leur durée de vie. Bien que nous soyons tous amenés à vieillir, le vieillissement normal provenant de processus internes, c'est-à-dire du vieillissement lui-même, impacte progressivement les capacités des personnes. Il limite leur autonomie et indépendance, dans la réalisation des activités de vie quotidienne.

Ajouté à cela, il est observé un déclin fonctionnel majeur chez certaines personnes. Ce vieillissement dit pathologique rend l'individu davantage vulnérable, et cause l'apparition de maladies chroniques, des maladies neurodégénératives, la plus connue étant la maladie d'Alzheimer. Ainsi, la perte d'autonomie devenant considérable, nécessite la plupart du temps une institutionnalisation, et peut conduire même au décès.

L'étude scientifique de Abel Toledano-González, « bien être, auto-efficacité et indépendance chez les personnes âgées » publiée en 2019 [7], explique que les maladies qui prédisposent à une perte fonctionnelle, débutent par affecter les activités de vie quotidienne les plus complexes avant

d'affecter les plus simples et les plus élémentaires, à savoir l'alimentation, la toilette, ou encore l'habillement. L'article affirme par ailleurs, que la perte d'autonomie est un processus lent et continu, limitant la qualité de vie de la personne.

« L'autonomie est définie comme un concept multidimensionnel qui joue un rôle fondamental dans la perception que l'individu a de sa situation personnelle dans les dimensions physiques, mentales, sociales et spirituelles. Elle est donc intrinsèquement liée à la qualité de vie des personnes ».

1.1.2 L'expérience du vieillissement

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015), définit qu'une personne est âgée à partir de 65 ans. Mais à partir de quel âge est-ce que nous nous sentons réellement âgés ? Une personne est-elle vraiment âgée à partir de 65 ans ? De ce fait, Roger Fontaine (FONTAINE, 2007) [8], analyse que la représentation de l'âge, diffère en fonctions de nos points de vue. Il en distingue trois :

- « l'âge biologique » : il correspond au vieillissement de l'organisme. Les capacités physiques et psychiques diminuent.
- « l'âge social » : il est étroitement lié aux rôles et aux représentations sociales. Nous pouvons prendre par exemple, l'âge du départ à la retraite.
- « l'âge psychologique » : il recouvre les capacités d'une personne à s'adapter aux changements soudains. Il s'agit ici entre autres des capacités mnésiques, intellectuelles. Il comprend également l'aspect motivationnel de la personne.

En outre, le vieillissement est complexe à déterminer puisque l'un de ses indicateurs est essentiellement basé sur le ressenti individuel. Par ailleurs, Thierry Darnaud médite que *« la vieillesse existe le jour où elle nous empêche de réaliser les actes de notre quotidien : mais, aujourd'hui, alors que mon corps refuse d'accomplir le geste que je lui demande, je me sens vieux »* (DARNAUD, 2012) [9].

Cette manière de penser est fortement influencée par notre société. En effet, la vieillesse est une perception, une représentation, mais résulte également des altérations biologiques de l'organisme. Finalement, c'est la représentation que nous nous faisons de la vieillesse, qui impacte principalement notre manière de vieillir.

1.1.3 La perte d'autonomie et d'indépendance

L'autonomie signifie «qui se nomme lui-même». D'après le dictionnaire de l'Académie française, une personne est autonome lorsqu'elle est capable d'agir sans dépendre d'autrui, de décider par elle-même et jouir d'une certaine liberté d'action. Pareillement, cette notion est utilisée lorsqu'un individu réalise les activités de la vie courante et s'adapte à son environnement sans aide. Ainsi, l'autonomie traduit la capacité d'une personne à assurer seule les divers actes de la vie quotidienne, sociale.

Une personne est dépendante lorsqu'elle est en incapacité d'accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires de la vie quotidienne, en raison de l'altération des fonctions vitales. Ainsi, la personne dépendante est dans le besoin d'être accompagnée dans ses projets de vie. **L'indépendance**, traduit donc le fait de ne pas nécessiter l'aide et le soutien d'une tierce personne.

Les notions d'indépendances et d'autonomies apparaissent souvent comme synonymes. En ergothérapie, il est important de les distinguer. En effet, une personne peut être dépendante et autonome ou inversement.

En clair, on dit qu'un individu est indépendant mais non-autonome s'il est capable d'effectuer une action sur le plan moteur, mais qu'il est dans l'incapacité de décider de le faire. A l'inverse, il est dépendant et autonome s'il est incapable de réaliser une action au niveau moteur, mais qu'il peut décider de réaliser l'action. Ainsi, il est évident que les moyens employés par l'ergothérapeute dans sa pratique, varieront en fonction de l'objectif de rééducation.

1.1.4 La pathologie du deuil

La complexité du deuil est singulièrement fréquente chez les aînés. La première raison est l'augmentation de la fréquence des décès, dans l'entourage du sujet vieillissant, qu'il s'agisse de la perte d'un proche, d'un ami ou du conjoint. Mais il peut également s'expliquer par des pertes d'origines différentes, liées à des « renoncements » consécutifs, tels que la retraite, la baisse des revenus, la perte d'autonomie et d'indépendance ou encore l'entrée en institution, tels que nous l'avons explicité précédemment. [10]

Ainsi, le deuil est un travail, tout comme le vieillissement en est déjà un, et nécessite un

cheminement fastidieux. Nous pouvons nous questionner si dans les deux cas, il s'agirait d'évoluer d'une situation dépressive, vers la reprise du goût de vivre ? Effectivement, ces deux situations traduisent la perte de l'être aimé et la perte de soi-même. Dans les deux cas, il s'agit d'assimiler l'état actuel des choses, pour avancer. Ainsi, ce processus de reconstruction, et d'apprentissage face au deuil tels que nous venons de le voir, est lent et complexe. C'est pour cette raison, qu'il nécessitait un accompagnement soutenu.[11]

Face à ce constat, nous pouvons nous réapproprier la notion de « résilience », explicitée par Boris Cyrulnik, pour s'interroger sur la place à occuper, dans le travail de deuil chez le sujet âgé. Selon lui, la résilience est un processus biologique, social, psychoaffectif et culturel. A travers ces étapes, la personne ferait face à un renouvellement de soi. C'est pourquoi Boris Cyrulnik, traduit la résilience, par l'aptitude du sujet à surmonter l'événement traumatique. [12]

1.2 Ehpad

1.2.1 L'entrée en Ehpad

« L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes est une structure médico-sociale médicalisée, publique ou privée. Elle accueille les personnes âgées en situation de perte d'autonomie physique ou psychique, et qui ont besoin de soins et d'aide au quotidien pour procéder aux actes de la vie courante, tels que : se coucher, s'asseoir, se lever, se déplacer, faire sa toilette, s'habiller ou s'alimenter » [13].

La perte d'autonomie et d'indépendance, ne rendant plus possible le maintien à domicile, nécessitent donc l'intervention et l'accompagnement permanent de professionnels de santé. L'EHPAD, permet d'assurer aux résidents, une routine de vie sécurisée et adaptée à leurs besoins.

Le contexte d'intervention et les prises de décisions médico-sociales auprès des personnes institutionnalisées en EHPAD, sont des enjeux éthiques importants. En effet, l'autonomie et l'indépendance des résidents, sont des valeurs primordiales à respecter, au risque de bafouer les principes d'éthiques dans le milieu gériatrique : la non-malfaisance (« *ne pas infliger un préjudice intentionnellement*»), la bienfaisance (« *contribuer au bien-être d'autrui*») et le principe de justice (« *l'égalité d'accès aux soins, le partage des ressources rares ou chères*»). (Beauchamp et Childress, 2008) [14].

Dans ce même contexte, le respect du consentement est également une valeur éthique

essentielle. C'est d'ailleurs souvent cette part juridique qui est discutée, notamment lorsque les personnes présentent des maladies neuro-dégénératives, plus particulièrement la maladie d'Alzheimer, qui restreint les chances de sortir après une institutionnalisation sans consentement.

1.2.2 Le choix de l'institutionnalisation

L'entrée en « institution », représente un réel tournant dans la vie des personnes âgées. Généralement elle se traduit par un véritable bouleversement du cadre de vie de la personne. Dans d'autres cas, elle peut être à l'origine d'un traumatisme. De même, cela représente également une modification des relations intra-familiales. C'est en effet une transformation des rapports entre le conjoint et les enfants.

Effectivement, bien que les personnes âgées et leurs familles soient amenées à songer à la maison de retraite, bien souvent, elles n'y sont pas réellement préparées ; « tant qu'on peut, on reste chez nous » ou bien « le plus longtemps possible chez moi ». En effet, le domicile représente une image symbolique, un « chez soi », marqué par sa présence, son histoire, et les souvenirs d'une vie. [15] De plus, tant que les difficultés sont compensées, par l'aidant, par la famille, ou bien par des aides extérieures, il est davantage aisé de repousser l'idée même que cela pourrait les concerner. C'est alors qu'un cercle vicieux de la médicalisation et de l'entrée en Ehpad tardives sont observés.

Selon ses écrits, Isabelle Donnio relate dans son livre sur l'entrée en Ehpad [15], bien souvent, une demande d'aide est réalisée à la suite d'un événement déclenchant. Deux contextes majeurs sont à l'origine de cette décision :

- Premièrement l'état de santé de la personne, ou son avancée dans l'âge, pour huit familles sur dix.
- L'absence de solution permettant le maintien à domicile est le deuxième argument avancé par 55% des proches.

Cette démarche est encore trop communément appelée « demande de placement », et donc subit par la personne âgée. 728 000 personnes sont accueillies en Ehpad, soit une partie minime de la population française, d'après une étude de la DRESS*. [16]

Par ailleurs, cette problématique touche en réalité majoritairement les personnes de l'entourage proche, que la personne elle-même concernée: 29% des Français de 35 ans ou plus affirment avoir une personne de leur entourage proche vivant dans une structure d'accueil pour personnes âgées. 8% des 35 ans ou plus déclarent qu'ils seront bientôt concernés par l'institutionnalisation d'un proche, et seulement 1% des sujets se déclarent personnellement concernés par l'entrée future dans une structure d'accueil pour personnes âgées.

Au final, 38% de la population française âgée de 35 ans et plus, se retrouve directement impliquée dans cette problématique.

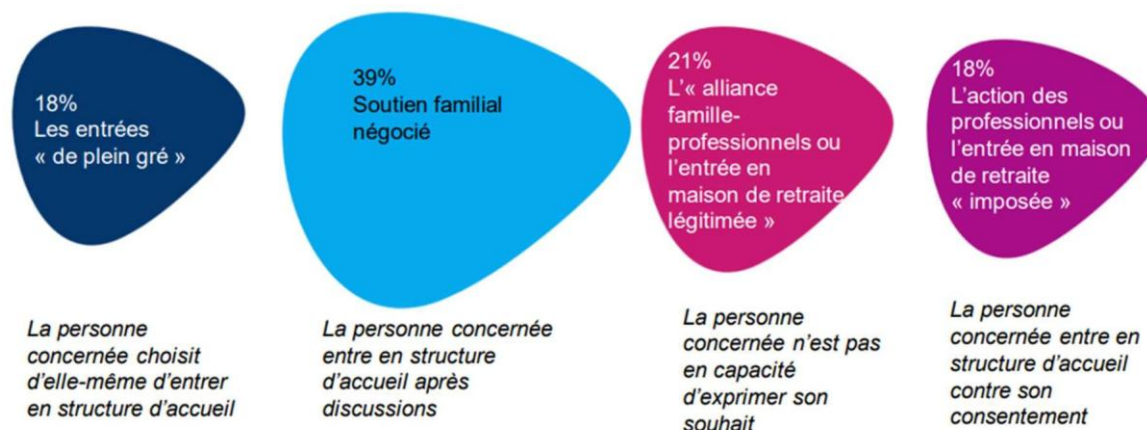
La demande est souvent formulée par un ou des membres de la famille, sans consultation préalable de la personne concernée, dans quatre cas sur dix (DRESS). Cette décision peut être motivée par deux facteurs :

- Ou bien la personne n'est plus en capacité de s'exprimer (21%), auquel cas la famille décide pour le bien-être de cette personne.
- Ou bien, dans un contexte de crise, la famille n'a pas trouvé d'autres solutions que d'agir dans le silence (18%).

Par ailleurs, une étude sociologique effectuée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, aborde la notion de négociation dans la démarche de choix. La négociation correspond à « l'ensemble des interactions qui participent à la prise d'une décision (...) » (INSERM, 2007). En somme, l'INSERM affirme que la plupart des personnes âgées ne font pas le choix d'entrer en EHPAD, «*il s'agit d'un choix sous contrainte (...)*» (INSERM, 2007). Lorsque la décision d'institutionnalisation est prise, la personne âgée n'a d'autre choix que de s'adapter à cette situation nouvelle. [17]

Geneviève Fraisse, détermine le consentement en tant que, « *acte par lequel quelqu'un donne à une décision dont un autre a eu l'initiative l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution.* » Cette définition reflète précisément l'état mental et intellectuel des personnes âgées lorsqu'il s'agit de leur consentement, lors de leur entrée en institution. Peu sont celles qui ont choisi pleinement cette décision, de manière autonome. Dans la plupart des cas, c'est la famille qui évoque cette option, ou autrement les services hospitaliers, lorsque les personnes séjournent fréquemment à l'hôpital. Le personnel soignant s'inquiète souvent d'un risque possible en cas de retour à domicile, après évaluation de la situation. [18]

Et ce, malgré la loi de 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population, qui a été votée. Celle-ci garantit les droits et libertés des personnes âgées. Les divers dispositifs mis en place, permettent par ailleurs de s'assurer du consentement de la personne âgée, de son projet de vie et du contexte de son entrée en structure. [19]



Source : Crédoc, enquête « Conditions de vie et aspirations », juillet 2018
 Champ : population âgée de 35 ans et plus, ensemble des personnes déjà ou bientôt concernées (pour elles-mêmes ou pour un proche) par l'entrée dans une structure d'accueil pour personnes âgées, 525 personnes interrogées

Schéma du processus de décision d'entrée en Ehpad [20]

Le milieu institutionnel, en raison de l'origine décisionnelle, des soins et de la vie en collectivité, peut amener la personne âgée à développer un syndrome dépressif et/ou anxieux, tout en affectant son estime de soi.

1.2.3 Les répercussions dans la participation sociale des personnes âgées

Lors de son entrée en EHPAD, la personne va se retrouver confrontée à une double perte ; celle de son domicile, et également de son identité, son histoire (Trachman, 2016). [21] Les personnes âgées y sont d'autant plus vulnérables compte tenu de l'aspect symbolique lié à l'ensemble des souvenirs et des valeurs rattachés à leur maison.

Cette perte du domicile entraîne une «rupture dans la continuité spatiale, temporelle et psychique du sujet» (Trachman, 2016) et peut notamment altérer son sentiment d'identité, et d'appartenance.

Lors de son arrivée, le résident peut présenter une perte de repères. L'entrée en institution sans consentement a de multiples répercussions sur la personne âgée. Il s'agit ici plus

particulièrement de la perte de repères spatio-temporo. En effet, se retrouver dans un endroit inconnu, sans l'avoir choisi, conduit souvent à une incompréhension, au sentiment de privation de liberté et impacte l'adaptation de la personne à son nouvel environnement de vie. Ainsi, l'absence de consentement influence négativement la sociabilisation de la personne au sein de l'établissement.

Les professionnels se doivent d'être vigilant, car ce bouleversement peut être une source d'anxiété pour les nouveaux résidents. En effet, Keister (2006) [22] explique l'importance du sentiment de maîtrise sur son environnement, pour restreindre l'anxiété et les symptômes anxio-dépressifs, rencontrés par les personnes âgées, lors de leur institutionnalisation.

Selon Perlman et Peplau (1981) [23], la solitude est définie comme *«l'écart entre le niveau souhaité et le niveau atteint de relations sociales»*. Ainsi, le sentiment de solitude est une perception subjective, qui résulte du manque d'interactions sociales et de rapports sociaux. Par ailleurs, ce phénomène a des répercussions directes sur l'état physique, psychologique et social des personnes. Il est associé à l'angoisse, à la dépression et peut conduire aux pensées suicidaires. Il est donc primordial de prendre en compte cet aspect de la solitude ainsi que de l'adaptation sociale, puisqu'ils influencent nettement le bien-être des personnes.

1.3 Les troubles anxio-dépressifs

Le bien-être subjectif se compose de divers indicateurs tels que ; la réalisation de soi, la vitalité, l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, la satisfaction de vie et les symptômes physiques (Galand, Boudrenghien et Rose, 2012). [24] Comme nous l'avons abordé précédemment, le vieillissement et l'entrée en institution peuvent affecter ce bien-être en perturbant l'estime de soi et en favorisant le développement de la dépression et/ou de l'anxiété. Par conséquent, nous allons explorer ces différents concepts.

Les troubles anxiodépressifs présentent des caractéristiques distinctes. En effet, ces deux troubles sont intimement liés, mais il est essentiel de savoir les différencier. Il est également nécessaire de considérer que l'évolution des symptômes est étroitement due au vieillissement.[25]

Au cours de sa vie, tout le monde est amené à ressentir de l'**anxiété**. Lorsque des personnes

décrivent leur anxiété, elles s'expriment en ces termes ; « angoisse », « nervosité », « épuisement », « inquiétude », « tension » ou encore « irritabilité ». Cet état anxieux, bien que souvent perçu comme désagréable, peut jouer un rôle protecteur. L'anxiété se manifeste principalement par une appréhension et des préoccupations excessives. Elle agit alors comme un signal d'alarme, aidant une personne à fuir des situations potentiellement dangereuses.

Par ailleurs, elle peut être une source de motivation dans certaines situations et permettre à la personne de résoudre des problèmes quotidiens. Dans ce contexte, l'anxiété devient un levier, permettant d'anticiper et de prévenir des difficultés, tout en favorisant l'adaptation et une prise de décision adéquate. Son degré d'importance est variable allant d'un simple malaise, à une attaque de panique.

Les facteurs de durabilité et de gravité permettent de distinguer l'anxiété habituelle, des **troubles anxieux**. Ces derniers impactent le quotidien, la sphère sociale des personnes, mais peuvent altérer plus largement les émotions, le comportement et le bien-être physique des sujets. [26]

Le terme « dépression » est aujourd'hui employé communément et pour de multiples raisons. Les sujets se sentent tristes et déprimés. La **dépression** peut entraîner une perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées, des émotions persistantes comme la tristesse, l'inquiétude ou un sentiment de désespoir, des plaintes somatiques, une fatigabilité importante, ou encore une baisse de l'estime de soi. Sur le plan moteur, un ralentissement des mouvements est également observé. Chez les personnes âgées, ces symptômes peuvent être exacerbés par des changements de santé physique, perte d'autonomie ou perte de proches. [27]

Néanmoins, « la déprime » du quotidien ne traduit pas un trouble dépressif. Les sujets peuvent rencontrer un état dépressif temporaire, mais sont capables d'y faire face rapidement et sans prise en charge. Au-delà de deux semaines, on parle de trouble dépressif. Il affecte la réalisation des activités de vie quotidienne de la personne, tout comme ses relations sociales.

Dans ce cas-là, un trouble dépressif s'accompagne souvent d'un trouble anxieux. On parle alors de **troubles anxiodépressifs**. [28]

1.3.1 Symptomatologie

Comme nous venons de le voir, les troubles anxiodépressifs comprennent des symptômes à la fois dépressifs et anxieux. Ils sont répertoriés dans le DSM-5 : [29]

Les symptômes dépressifs :

- Humeur dépressive : tristesse soutenue, désespoir et sentiment de solitude.
- Anhédonie : abaissement marqué de l'intérêt et de la satisfaction, pour des activités qui étaient autrefois appréciées.
- Troubles somatiques : fatigue, perte d'énergie, altération de l'appétit et modification du poids associée, troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie).
- Cognition dégradée : réduction de la concentration et de la prise de décision.
- Idées morbides : automutilation, pensées suicidaires ou planification de passage à l'acte.

Les symptômes anxieux :

- Hypervigilance : tension et inquiétude excessives, et difficilement maîtrisables.
- Irritabilité progressive : réactivité émotionnelle intensifiée.
- Altérations somatiques : tachycardie, pression thoracique ou dyspnée, troubles gastro-intestinaux.
- Appréhension constante : « crainte d'un danger imminent ou d'un événement négatif futur ».

Le diagnostic des troubles, s'appuie sur l'interaction de ces symptômes, provoquant une souffrance clinique ou une détérioration des interactions sociales et/ou professionnelles.

1.3.2 Les personnes âgées et la santé mentale

L'OMS définit la santé mentale comme «*un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté*» (OMS, 2001). [30] En se basant sur cette définition, une personne présentant une « bonne » santé mentale, se détermine par un haut niveau de bien-être associé à un fonctionnement optimal dans l'environnement.

Des études montrent que la santé mentale des personnes âgées pourrait être impactée par la présence de plusieurs troubles psychologiques. En effet, tout comme l'ensemble de la population, les personnes âgées sont principalement touchées par des troubles de santé

mentale, tels que les troubles de l'anxiété et de la dépression. Cette dernière est considérablement sous diagnostiquée. Aujourd'hui, selon l'OMS, environ 14 % des personnes âgées de 60 ans sont impactées. Selon les estimations sanitaires mondiales, ces affections représentent 10,6 % de l'incapacité totale chez les aînés. Les problèmes de santé mentale gériatrique les plus courants sont ; la dépression et l'anxiété.

Cette sous-estimation, réside dans la diversité des symptômes, qui complique l'identification des signes dépressifs et, par conséquent, la réalisation d'un diagnostic, permettant d'instaurer un éventuel traitement. Ce manque d'évaluation et de reconnaissance symptomatique contribue à l'augmentation du taux de suicide chez les personnes âgées. Les estimations sanitaires mondiales, indiquent que chez les 60 ans ou plus, les suicides représentent environ un quart des décès (27,2 %). [31]

Elle est d'autant plus renforcée par la perception dite « normale » dans le contexte du vieillissement, qu'elle soit portée par l'entourage, les professionnels de santé ou la personne âgée elle-même (Colligan et al., 2020). [32]

En effet, cette dernière peut attribuer ses symptômes somatiques, émotionnels et cognitifs au processus naturel de vieillissement, sans l'associer à une réelle pathologie.

Au fur et à mesure de l'avancée dans l'âge, la santé mentale est non seulement caractérisée par l'environnement physique et social, mais également par l'accumulation des expériences antérieures d'une vie. De plus, le vieillissement étant à l'origine de facteur de stress important, le déclin des capacités intrinsèques et le déficit des capacités fonctionnelles, sont également à l'origine d'une détresse psychologique.

Les personnes âgées sont dorénavant susceptibles de vivre des événements indésirables, tels que le deuil, ou encore un sentiment de dévalorisation et manque d'utilité, une fois retraitées. Ces situations favorisent le phénomène d'isolement social et de solitude, touchant presque un quart des personnes âgées. Ils représentent des facteurs de risque significatifs, concernant le développement de maladie mentale à un âge avancé. [33]

De même au sujet de la maltraitance des personnes âgées, comportant toute forme d'abus ; physique, psychologique, verbale, financier ou sexuel, ou toute forme de négligence. Un aîné sur six est victime d'actes de maltraitance, et ce, souvent de la part de l'aidant principal. [34] Ces

abus ont de graves répercussions chez les sujets âgés et conduisent notamment, à l'apparition de troubles anxio-dépressifs. Pareillement, un grand nombre de sénières assurent quotidiennement la prise en charge de conjoints atteints de maladies chroniques, comme la démence. La charge de ces responsabilités peut être lourde et affecter leur santé mentale également. [35]

1.3.3 La prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les personnes âgées

En santé mentale, la dépression représente la première cause d'invalidité au niveau mondial (OMS, 2020). En 2021, 12,5% des personnes âgées de 18-85 ans auraient vécu un épisode dépressif sévère au cours des 12 derniers mois. Chez les 18-75 ans, la prévalence a augmenté de 3,5 passant de 9,8% à 13,3%, entre 2017 et 2021. [36]

Dans les sociétés modernes occidentales, où la jeunesse est prédominante, les personnes âgées sont souvent perçues, de manière indirecte, comme un fardeau économique, et associées à une image négative, marquées par l'inactivité et l'approche de la fin de vie (Rosay- Notz, 2004). [37]

Il est d'ailleurs socialement admis qu'en fin de vie, l'institutionnalisation devient une solution : en 2013, 7,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus, vivaient en maison de repos (Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, 2016). Cette approche contraste fortement avec les cultures traditionnelles, où les aînés occupent une place de respect, et où il est naturel que les jeunes générations assurent un accompagnement au domicile familial (Rosay-Notz, 2004)

Les troubles anxieux impacteraient 14,2%, des sujets âgés à partir de 65 ans. Parmi les troubles anxieux, les phobies spécifiques (l'agoraphobie notamment) et le trouble anxieux généralisé (TAG), seraient les plus courants. [38]

1.3.4 Les causes de l'anxiété et de la dépression et chez la personne âgée

A présent, nous nous pencherons sur l'origine de l'apparition des troubles dépressifs et anxieux chez les personnes vieillissantes. Comme pour beaucoup de troubles psychiques, il n'y a pas de causes définies concernant la dépression, mais plutôt des origines multifactorielles : biologiques, sociales et psychologiques.

Chaque domaine a différentes répercussions, selon la pathologie et l'individu porteur du trouble (Benoit & Doret, 2011 ; Segal, Qualls & Smyer, 2017). En somme, ces 3 domaines interagissent et

peuvent potentiellement conduire à une dépression. [39]

- Les facteurs biologiques s'expliquent par ; une accumulation d'événements stressants au cours de sa vie, prises fréquentes de substances et/ou de médicaments, survenus d'événement traumatique. Des pathologies chroniques, divers troubles cognitifs, hypertension ou d'autres maladies somatiques, impactent également le risque de dépression. Enfin, les troubles du sommeil favorisent l'apparition de l'anxiété. Ces éléments s'intègrent dans un réseau complexe de facteurs biologiques et environnementaux
- Les facteurs sociaux impactent significativement la survenue de troubles anxieux chez les seniors. La situation socio-économique, la perte d'un proche et la solitude, augmentent notablement les risques. Des événements comme le deuil, surtout lorsqu'il s'avère pathologique, accroît les symptômes.
- Les facteurs psychologiques augmentent nettement l'apparition de la dépression chez les aînés. Un individu présentant des antécédents dépressifs, des troubles de la personnalité et/ou de l'humeur, se retrouve impacté dans la gestion de circonstances stressantes, telles que la maladie ou la viduité. Des faits externes, comme l'institutionnalisation non souhaitée et les cas de maltraitance psychologique et/ou physique, enveniment ces vulnérabilités.

1.3.5 L'environnement élément central dans l'accompagnement des personnes âgées confrontées à des troubles de santé mentale

Lorsqu'une personne entre en EHPAD, un lieu qui lui est étranger, l'anxiété peut être perçue comme une émotion utile et adaptative. Cependant, si cette anxiété persiste et s'intensifie, elle peut entraver l'intégration à l'environnement et se transformer en un trouble chronique. Il est établi que l'institution amplifie les états dépressifs, et cette amplification se produit de pair avec l'augmentation des symptômes anxieux (Trouillet et Gély-Nargeot, 2009). [40]

L'étude montre que cette intensification de l'anxiété concerne principalement sa dimension « état ». En outre, les auteurs constatent une concordance entre l'élévation des niveaux de dépression et d'anxiété « état » et un haut niveau d'anxiété « trait ».

Ainsi, la présence de dépression et d'anxiété résulterait d'une interaction entre ce nouvel environnement de vie et la personnalité de la personne âgée. Par ailleurs, une autre

caractéristique, sensible à l'âge et à l'environnement institutionnel, peut également affecter le bien-être de l'individu : l'estime de soi.

1.4 Le modèle **Personne – Environnement- Occupation – Performance** PEOP

La pratique ergothérapique est éclairée à l'aide de modèles conceptuels. Ils sont utilisés afin de guider l'intervention et le raisonnement clinique de l'ergothérapeute. Le développement de modèles avait pour but de favoriser la compréhension de fonctionnement occupationnel des personnes (Morel-Bracq, 2017). [41] Un modèle peut être décrit comme étant le «*schéma d'une représentation mentale*», qui vient modéliser des théories et des idées complexes, en lien avec la pratique ergothérapique (Morel-Bracq, 2017). Il existe différents modèles, nous nous appuyons ici sur le modèle **personne-environnement-occupation-performance** (PEOP), offrant une vision dynamique de la personne âgée, évoluant dans son environnement institutionnel. Il a été développé par Carolyn Baum et Charles Christiansen en 1985, puis revisité et remis à jour en 2015. Ce modèle caractérise les concepts centraux ergothérapiques. Il se base sur trois concepts majeurs :

- La **personne** ainsi que ses caractéristiques, afin d'identifier et d'analyser ses capacités et ses limitations. Elle comprend les composantes physiologiques, psychologiques, motrices, sensorielles, perceptives, spirituelles et motrices. Dans notre problématique en lien avec notre cadre théorique, il s'agit de la personne âgée atteinte de troubles anxio-dépressifs.
- L'**environnement**, fait référence aux facteurs externes, comprenant les différents facteurs physiques, sociaux, culturels, politiques et technologiques, impactant de manière positive ou négative la réalisation des performances occupationnelles. Ici, il s'agit de l'environnement au sein d'un ehpad, suite à une institutionnalisation.
- Les **occupations**, traduisent les activités, les tâches et les rôles, que les sujets souhaitent et sont amenés à accomplir au cours de leur vie. L'environnement a des conséquences directes sur les occupations. En effet, l'interaction entre la personne - environnement, influence positivement ou négativement les performances occupationnelles. Lorsque ses deux composantes sont en corrélation, alors le succès de la performance mène à la participation et au bien-être du sujet. Ici, il s'agit de la place qu'occupe le sujet au sein de l'ehpad et de son rôle dans cet environnement.

- La **performance occupationnelle** est une expérience dynamique, caractérisée par la réalisation des facteurs personnels et environnementaux. (Morel Bracq).

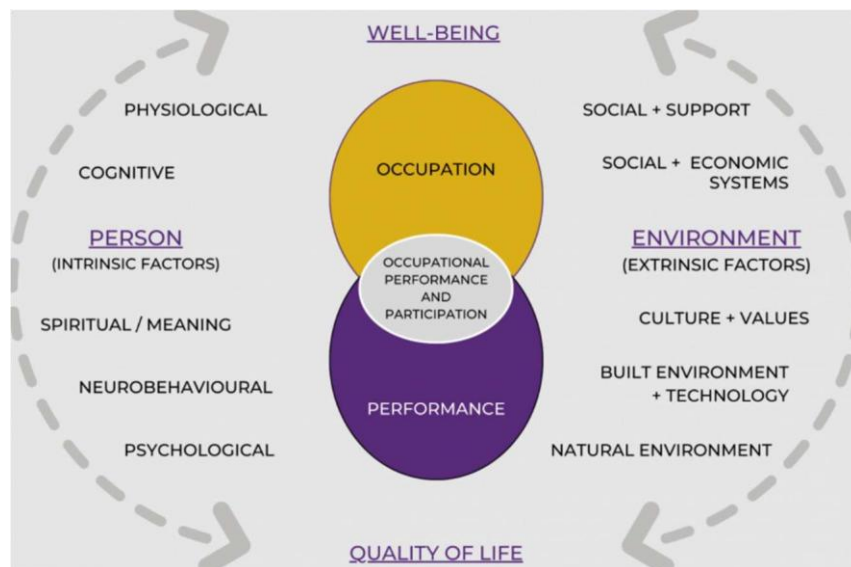


Figure 1 du modèle PEOP [42]

Ce modèle souligne le fait que si l'environnement, la personne, les occupations et les performances sont alignées, alors les répercussions sur le bien-être ne seront que positives, lorsque l'environnement externe est en corrélation avec la personne. (Morel-Bracq)

1.4.1 Généralités

L'ergothérapie est une profession du paramédical. L'ergothérapeute est un spécialiste du rapport entre l'occupation et la santé. Il participe à l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale des sujets. Son rôle est de prévenir ou de modifier les activités dégradant la santé, préserver la participation occupationnelle des individus tout en assurant la sécurité, l'autonomie, l'indépendance et l'efficacité des personnes durant les actes de la vie quotidienne.

L'étude de Sarah Mohammed Alageel, publiée en 2022 [43], portant sur l'utilisation de méthodes créatives pour améliorer le bien-être des patients, témoigne du rôle crucial des ergothérapeutes, dans la prise en soin des patients.

En effet, ils maximisent l'indépendance des patients et leur participation à des occupations

significatives en adoptant des solutions créatives. L'autrice souligne également la nécessité de reconnaître l'importance du travail créatif en ergothérapie et son intégration dans les activités quotidiennes. Cette méthode traduit une technique puissante pour améliorer la qualité de vie des personnes.

L'ergothérapeute intervient sous prescription médicale, auprès de tout public, aussi bien en pédiatrie, qu'en gériatrie. Il travaille en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire aux côtés de l'équipe médicale et paramédicale. Ce professionnel peut intervenir en établissement de soins de suite et de réadaptation, en santé mentale et en lieu de vie.

1.4.2 L'ergothérapie à travers l'activité

L'ergothérapeute agit principalement à travers des activités variées et adaptées à chaque patient. On parle d'activités signifiantes, c'est-à-dire des activités ayant du sens pour la personne et qui favoriseront la prise en soin. [44]

Pour cela, il évalue tout d'abord les besoins et les capacités du résident. En effet, il procède par des entretiens et des évaluations, qui permettront d'établir des objectifs ergothérapeutiques, adaptés au résident. Ces moments d'échanges permettent au professionnel d'en apprendre davantage sur l'histoire du résident, ses besoins, ses habitudes de vie, etc.

Grâce à cette étape, l'ergothérapeute peut analyser les différents éléments recueillis et se questionner quant à l'activité la plus adaptée aux besoins du patient ? Que va-t-elle lui apporter ? Que représente-t-elle pour celui-ci ? Quelles sont les capacités physiques et cognitives sollicitées ? Quelle posture requiert-elle ? (MOREL, 2006) [45].

L'ergothérapeute établit des objectifs de rééducation, de réadaptation, mais également de réinsertion sociale. Il permet aux personnes de retrouver un certain contrôle dans leurs vies. Il s'appuie pour cela, sur des «*ressources internes de la personne âgée et lui apporte des stratégies adaptatives, notamment dans les gestes de la vie quotidienne*» (ANFE, 2015). [46]

Par ailleurs, l'étude «*Gerontic Occupational Therapy ; Psychological and Social Predictors of Participation and Therapeutic Benefits* », tirée de l'American Occupational therapy Association [47], a pour objectif d'évaluer le rôle que jouent les facteurs psychologiques et sociaux dans la

prédiction de la participation des personnes âgées, à un programme d'activation sociale. En outre, l'étude a relevé l'importance de chacun de ces facteurs, dans l'amélioration de l'humeur des patients et la diminution du sentiment de solitude.

2. Formulation de la question de recherche

2.1 La question de recherche

Pour donner suite à la définition du cadre théorique présenté précédemment, voici la question de recherche établie :

Comment l'utilisation du modèle PEOP favorise-t-il l'accompagnement des personnes âgées, ayant des troubles anxio-dépressifs, lors d'une entrée en Ehpad ?

2.2 Les hypothèses formulées

A partir de cette question, plusieurs hypothèses ont été formulées :

- L'ergothérapeute peut intervenir en amont, afin de préparer et d'anticiper l'institutionnalisation de la personne âgée.
- Une prise en soin ergothérapique au préalable, permettrait de recueillir le point de vue de l'ainé, ses attentes et ses besoins et favoriser l'accompagnement des troubles anxiodépressifs.
- Un travail de collaboration entre l'équipe, la famille et l'ergothérapeute, favoriserait une entrée en Ehpad pour la personne âgée.

3. La méthodologie de recherche

Pour parvenir à réaliser une recherche de qualité et adaptée, il est nécessaire de déterminer au préalable la méthodologie de recherche souhaitée. Ainsi, deux méthodes sont présentées : la recherche qualitative et la recherche quantitative.

Nous verrons que la recherche qualitative est une méthode descriptive, basée sur de l'interprétation, l'analyse d'expérience et des situations. Cette démarche découle d'un recueil de

données, basée sur l'observation et les entretiens. A l'inverse, la recherche quantitative permet de confirmer ou de démontrer des faits et des phénomènes, de manière quantifiable. Les résultats sont communément rédigés sous forme de données chiffrées. Cette méthode découle bien souvent d'un questionnaire.

Au cours de ce mémoire, nous utiliserons la méthodologie de recherche qualitative, cette dernière nous permettra de comprendre ce que le modèle PEOP peut apporter, dans l'accompagnement ergothérapeutique, des personnes âgées souffrant de troubles anxiodépressifs en ehpad.

3.1 La recherche qualitative

La littérature a rendu compte de la richesse d'articles scientifiques, concernant l'intervention ergothérapeutique dans la perte d'autonomie et d'indépendance, chez les personnes âgées. Ainsi, comme nous l'avons expliqué au début de ce dossier, il est davantage intéressant de se questionner sur le rôle de l'ergothérapeute, dans le versant occupationnel des résidents.

Dans le cadre de la réalisation de ce travail, nous adopterons une méthodologie de recherche qualitative, dans le but d'analyser et déterminer l'accompagnement que peut offrir un ergothérapeute, à une personne souffrant de troubles anxio-dépressifs lors de son entrée en EHPAD. La recherche qualitative permet d'étudier en profondeur les perceptions, les expériences vécues, et les interactions de la personne concernée, dans une situation précise. Le modèle PEOP, par son approche holistique, nous permettra d'appréhender la personne, à travers les facteurs individuels (personne), environnementaux (EHPAD), et occupationnels (activités quotidiennes) qui influencent l'état émotionnel et l'adaptation de la personne âgée. Le modèle PEOP propose une analyse centrée sur le sujet, en associant la complexité des interactions entre la personne, son environnement et ses occupations. En somme, la méthodologie qualitative favorisera un recueil des données complet, à travers des entretiens et des observations, favorisant ainsi une compréhension de la démarche ergothérapeutique, par l'utilisation du modèle PEOP. Par ailleurs, une mise en lumière des ajustements nécessaires dans la pratique ergothérapeutique, pourra être évoquée, permettant de cibler davantage les interventions ergothérapeutiques, et de soutenir l'autonomie et le bien-être de la personne âgée

dans son nouvel environnement de vie. Ainsi, durant ce travail de recherche, nous nous intéresserons aux croyances, aux motivations, aux expériences, et aux interactions des personnes âgées, de leurs familles, mais aussi des institutions.

3.2 Les entretiens semi-directifs

L'entretien est un acte de communication verbale entre l'interviewé et l'interviewer, permettant de collecter des données informatives. Cette méthode permet de récolter et d'analyser plusieurs éléments, notamment l'avis, l'attitude ou bien les représentations de la personne interrogée. Lors de ce recueil d'informations, nous serons amenés à questionner un ergothérapeute sur sa pratique professionnelle, ses idées ou encore ses projets avant d'en retranscrire le contenu.

Il existe 3 types d'entretiens : le non directif, le semi-directif et le directif. Au cours de cette recherche, nous réaliserons un entretien semi directif. Cela favorisera la mise en place de diverses thématiques à aborder, sans pour autant être ralenti par la survenue d'informations nouvelles, durant la discussion.

3.3 Construction de l'entretien semi-directif

Pour réaliser mes entretiens semi-directifs, j'ai construit une grille de questions structurée en trois grandes parties. La première traite le repérage des troubles anxiodépressifs chez la personne âgée et les stratégies d'intervention mises en place par les ergothérapeutes, ainsi que les bilans et outils spécifiques utilisés. La seconde partie s'intéresse aux composantes du modèle conceptuel PEOP, à travers les dimensions de la personne, de l'environnement, de l'occupation et de la participation. Enfin, la dernière partie explore l'apport que peut avoir ce modèle dans leur pratique professionnelle, ainsi que les éventuels axes d'amélioration qu'ils identifient. Dans la construction de ce guide d'entretien, j'ai veillé à formuler des questions ouvertes afin de favoriser les échanges libres et spontanés. Des questions plus fermées ont également été prévues pour obtenir des réponses précises lorsque cela était nécessaire. J'ai enfin intégré des questions

de relance, me permettant d'approfondir certains éléments en fonction des propos recueillis auprès des professionnels.

3.4 Avantages et limites de l'outil de recherche

Cet outil de recherche, permet de procéder à l'analyse d'un problème précis (les données, les enjeux, les problématiques rencontrées, les relations...).

En effet, les entretiens permettent d'acquérir des données complètes et détaillées, mais également d'étudier d'autres paramètres, tels que le comportement du professionnel interrogé, son ton, son attitude, sa posture ou encore ses mimiques. Il s'agit ici de la communication non-verbale. Elle représente une source riche en informations, qu'il est important de décrypter. De même, au cours d'entretiens, il est possible d'obtenir des réponses non envisagées, qui alimenteront par conséquent notre recherche.

Cet outil est d'autant plus avantageux, car il nous permettra de cibler les professionnels à interviewer et éliminera donc le risque d'interroger des personnes non intéressées, qui fausseraient les données. Ainsi, cela favorisera l'analyse du sens que les acteurs accordent à leurs pratiques, ainsi que les événements auxquels ils sont confrontés au quotidien. L'entretien accorde un moment privilégié avec l'interviewer, optimisant au maximum la qualité du moment d'échange. En effet, dans la mesure du possible, nous réaliserons les entretiens en échange direct avec le professionnel.

Cependant, ce mode de recherche présente également ses limites. La principale étant que cet outil requiert du temps ; de préparation, d'organisation et de retranscription. Ce détail est un paramètre important à prendre en compte, au cours de l'écriture du mémoire.

Un deuxième facteur non-négligeable s'expose à nous, la possibilité du manque de professionnel à interroger. Elle doit être envisagée et palliée le plus tôt possible. De même, le risque d'obtenir des réponses pauvres en informations ou en incohérences avec la question posée, est également concevable avec cet outil de recherche.

Enfin, l'exposition à un stress important au moment de l'échange, pourra facilement nous faire perdre nos moyens face à l'ergothérapeute. Nous devons par conséquent veiller à ne pas manquer de neutralité et à étudier la totalité des propos rapportés par le professionnel.

3.5 Critères d'inclusion et d'exclusion

Une fois l'outil de méthode déterminé, nous précisons les critères d'éligibilité lors d'un entretien. Nous détaillerons alors les critères d'inclusion et d'exclusion, afin de s'assurer que les professionnels apportent des données pertinentes à la problématique de départ.

Les critères d'inclusion et d'exclusion définissent les caractéristiques pouvant être intégrées dans une étude.

- «Les critères d'inclusion sont des critères positifs décrivant les caractéristiques que doivent présenter les personnes pour être incluses».
- «Les critères de non-inclusion sont des critères négatifs, c'est-à-dire qu'ils décrivent les caractéristiques que ne doivent pas présenter les personnes pour être incluses». [48]

Nous les présenterons dans le tableau ci-dessous :

<u>Critères d'inclusion</u>	<ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute doit accompagner sa patientèle, résidant au sein d'un d'EHPAD, car l'étude est centrée sur les enjeux liés à une institutionnalisation et aux capacités d'adaptation.- L'ergothérapeute doit prendre en soins des personnes âgées souffrant de troubles anxio-dépressifs (diagnostiqués cliniquement ou par l'observation de symptômes).- Un ergothérapeute intervenant auprès de personnes de plus de 65 ans ou plus sera inclus, car l'objectif est de cibler les enjeux liés au vieillissement et à l'institutionnalisation.
<u>Critères d'exclusion</u>	<ul style="list-style-type: none">- Un ergothérapeute qui est en poste depuis moins de six mois sera exclu, car l'utilisation du modèle PEOP dans sa pratique, ne sera pas encore suffisamment approfondie, pour apporter des éléments pertinents à cette étude.- Un ergothérapeute traitant uniquement le versant «adaptation de l'environnement», via l'utilisation d'aides techniques, sera exclu.

4. Analyse des données et résultats

4.1 Présentation des professionnels interrogés

A* est ergothérapeute diplômé d'état depuis 2018. Cet entretien m'a servi de test, afin d'évaluer la marge de progression et les éventuelles modifications à apporter, lors de mes futures interviews. Il exerce depuis dans le même ehpad, à temps plein. Il accompagne au quotidien des résidents présentant des troubles anxiodépressifs, et contribue grandement au processus d'entrée. J'ai rencontré ce professionnel durant un stage, en lieu de vie. Nous avons procédé à un appel téléphonique afin de procéder aux échanges, le 17 Février 2025.

B* est le second professionnel interrogé. Il est ergothérapeute diplômé d'état depuis 2020. Il intervient à mi-temps au sein de l'ehpad depuis plus d'un an. En parallèle, il exerce dans un second ehpad, il rencontre donc divers profils de personnes âgées, et est amené à accompagner des résidents présentant différentes pathologies, tels que les troubles anxiodépressifs. La prise de contact s'est effectuée par mail. Puis avons conclu d'un appel téléphonique, le 26 Février 2025.

C* est la troisième ergothérapeute que j'ai rencontré. Elle œuvre au sein de l'ehpad d'où elle a été interrogée, depuis plus de dix ans. En vingt années de carrière, elle a toujours exercé dans le milieu gériatrique. Elle relate donc de nombreux événements et diverses situations qu'elle a été amenée à rencontrer durant sa carrière, et auxquels elle est aujourd'hui toujours confrontée. Les états dépressifs et les troubles anxiodépressifs, en font essentiellement partis. Le premier échange a été établi par mail, afin de convenir d'un entrevu téléphonique, le 07 Mars 2025.

D* est la quatrième et dernière professionnelle interviewée. Elle est diplômée d'état, et exerce depuis plus de 5 ans en ehpad. Elle représente un atout majeur lors des processus d'entrées au sein de l'établissement. Elle développe son rôle en tant qu'ergothérapeute et ce qu'elle a été amenée à mettre en place, afin de pallier l'apparition de ces troubles. La prise de contact avec cette ergothérapeute a été facilitée par ma présence en stage à ses côtés. L'entretien s'est ainsi déroulé en présentiel, le 10 Mars 2025.

4.2 Méthode de recueil des données

L'ensemble des entretiens se sont donc déroulés entre la période du 17/02/2025 au 10/03/2025. En amont de chaque interview, je me suis chargée d'envoyer à chaque professionnels une lettre de consentement (**Annexe I supplémentaires**), qui m'ont été renvoyées signées, m'autorisant à les enregistrer à l'aide de la fonction dictaphone de mon téléphone portable. Chaque entretien dure environ une trentaine de minutes.

Les dialogues ont ensuite été retranscrits via Google Drive, avant que l'analyse longitudinale ne soit réalisée (**Annexe II supplémentaires**).

4.3 Méthode d'analyse

Lors de l'élaboration de ma grille d'entretien, j'ai suivi une logique progressive, en m'appuyant sur une matrice thématique, permettant de structurer l'échange et de faciliter l'analyse des données. Les grands thèmes abordés sont ; évaluer les connaissances du professionnel sur les troubles anxiodépressifs, les stratégies d'intervention lors de l'entrée en ehpad, le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion de ces troubles, ainsi que la coordination avec les familles et la gestion des situations d'entrée sous contrainte. J'ai également intégré une partie sur les connaissances générales du modèle PEOP, puis j'ai décliné plusieurs questions autour de ses quatre composantes : la personne, l'environnement, l'occupation et la participation. Enfin, l'entretien aborde la collaboration interprofessionnelle, la création de lien avec les familles, les éventuels défis rencontrés dans l'application du modèle, ainsi que les pistes d'amélioration envisagées par les professionnels. Ce cadre m'a permis de garantir une cohérence dans le recueil des données, en maintenant une certaine liberté dans les échanges.

Nous retrouverons en **Annexe I**, la grille d'entretien comprenant les différents thèmes abordés.

4.4 Présentation et interprétation des résultats

Pour procéder à l'écriture de ce mémoire, j'ai donc réalisé quatre entretiens au total, auprès de professionnels ergothérapeutes diplômés d'état, exerçant en ehpad sur une période supérieure à six mois. Tous suivant un ordre logique, reprenant les mêmes questions, afin que mon analyse soit semblable et comparable. Afin de respecter le cadre de l'anonymat, les professionnels interrogés seront nommés par les acronymes : A*, B*, C* et D*.

4.5 Analyse longitudinale

Ce chapitre se réfère à l'annexe III des annexes supplémentaires.

Le premier entretien, réalisé auprès de A*, aborde dans un premier temps, la manière dont il procède au repérage des troubles anxio-dépressifs chez les résidents, en particulier lors de leur entrée en EHPAD. Selon lui, *«ils sont très vite décelés chez certaines personnes, grâce à des signes distincts»*, observés dès les premiers jours ou semaines d'admission.

Il explique que l'identification des troubles anxio-dépressifs repose sur une observation attentive des comportements et des symptômes des résidents. Parmi les signes observés, il mentionne notamment l'apathie, la ritualisation excessive des comportements, ainsi que des troubles du comportement, tels que la déambulation. Il cite comme exemple, *«des personnes qui sonnent sans cesse aux sonnettes et qui ont pas de besoins marqués, qui ont juste besoin de présence et de réassurance en fait»*. Ce genre de comportement témoigne bien souvent, d'une anxiété accrue, ainsi que d'une démotivation générale, associée à la dépression.

Il souligne également la présence d'une fiche de suivi, fournie à l'équipe soignante, dès l'entrée d'une personne en ehpad. Cette fiche contient des informations permettant de repérer les signes cliniques liés aux troubles anxio-dépressifs. Elle aide à suivre de près les premiers indicateurs, notamment lors de l'adaptation au nouvel environnement. Ces observations sont globales et réalisées de manière collaborative par l'ensemble de l'équipe soignante, permettant d'adapter au mieux la prise en soin.

Il nomme également d'autres outils, afin de compléter le repérage de ces troubles, *«un gros travail qui est fait avec le psychologue qui lui, va émettre des échelles de dépression précises et puis il y a également une évaluation qu'on fait passer, qui s'appelle la NPIES et qui permet de coter les troubles du comportement, et dans cette grille se trouve notamment les troubles anxieux et dépressifs »*. Ces échelles permettent d'obtenir des données cliniques supplémentaires et de structurer le suivi de l'évolution des symptômes au fil du temps.

Concernant le suivi ergothérapeutique, il utilise quotidiennement l'outil MCREO, ainsi que les Projets d'accompagnement Personnalisés (PAP), afin de mettre en place des plans d'intervention adaptés à chaque résident. De plus, il se base sur des bilans initiaux, tels que le Tinetti et le Braden, qui permettent de repérer les risques liés à l'autonomie et l'indépendance. Il insiste sur l'importance

de l'observation clinique, qui est primordiale pour déceler des changements dans le comportement des résidents, tels qu'une diminution de l'engagement dans les activités ou des signes d'irritabilité.

A* a évoqué à plusieurs reprises le modèle PEOP de manière indirecte (Person-Environnement-Occupation-Performance), bien que ce modèle ne lui soit pas familier. Le modèle PEOP repose sur l'interaction de quatre composantes : la personne, l'environnement, les occupations et la performance.

Il a entre autres, évoqué l'importance d'un environnement sécurisant et adapté pour les personnes âgées, ce qui reflète la composante Environnement du modèle. Il considère que l'enjeu principal réside dans la prévention du sentiment de perte de repères ou d'être submergé dès l'entrée en EHPAD. Il met en œuvre des actions permettant de garantir une certaine stabilité, notamment en évaluant et proposant des aides techniques adaptées pour favoriser l'autonomie et l'adaptation au nouvel environnement de vie. *«Je pense notamment à un Monsieur qui avait peur de descendre au repas le midi, parce qu'il passait devant une table où les personnes parlaient fort et criaient, et c'était quelque chose qui le mettait en insécurité profonde»*. Cette personne était accompagnée progressivement, afin de ritualiser de nouveau la prise des repas, d'abord en lui proposant un plateau repas dans sa chambre, puis en l'accompagnant dans la salle à manger, pour qu'il retrouve petit à petit ses repères. Cette approche est en lien avec l'adaptation de l'environnement, pour répondre aux besoins spécifiques de chaque résident, de manière à limiter l'isolement et l'anxiété.

La Performance est également prise en compte dans la pratique de A*, bien qu'il ne l'ait pas explicitement nommée comme telle. Pour lui, la performance des résidents se mesure par leur capacité à réaliser des activités quotidiennes tout en maintenant leur autonomie. Il a mentionné l'utilisation d'évaluations comme le Tinetti, pour évaluer les capacités motrices des résidents et prévenir les risques de chutes. Cette évaluation permet d'ajuster les interventions et des éventuelles adaptations à apporter.

Concernant les dernières parties du modèle, intégrant la Participation dans les Occupations, il évoque la notion de pluridisciplinarité. Autrement dit, la collaboration entre les aides-soignants ou encore l'animatrice, avec qui il met en place des stratégies pour stimuler l'engagement des

résidents, via la proposition d'activités signifiantes, qu'elles soient individuelles ou en groupe. Les activités sociales adaptées tels que le PASA (Pôle d'Activité de Soins Adaptés), sont particulièrement concernées. Elles favorisent l'intégration progressive des résidents, au sein d'un environnement collectif, tout en réduisant la peur de la chute et en stimulant la performance sociale.

Finalement, bien que A* n'utilise pas explicitement le modèle PEOP, ses pratiques s'alignent manifestement avec les principes du modèle, en particulier dans sa vision et son approche, consistant à optimiser les conditions environnementales, pour sécuriser les résidents. De même, nous les retrouvons dans ses actions, qui visent à promouvoir les capacités d'inclusions et de participation, adaptées aux capacités de chacun, en utilisant des outils d'évaluation variés, basés sur une approche pluridisciplinaire, afin de tracer l'évolution de chaque résident.

Durant le second entretien, B* offre une vision détaillée de son approche, dans l'accompagnement des résidents au sein de l'EHPAD, notamment auprès de personnes souffrant de troubles anxio-dépressifs. L'ergothérapeute présente sa manière d'intervenir, en mettant l'accent sur le soutien à l'adaptation des résidents. Deux aspects clés émergent ; le repérage dans l'accompagnement des troubles anxio-dépressifs, puis l'utilisation du modèle PEOP dans la pratique ergothérapique. B* détaille les modalités d'identification des troubles anxio-dépressifs chez les résidents, bien que les diagnostics précis soient rares, en raison d'une absence de suivis psychiatriques. En revanche, il s'appuie sur des indicateurs comportementaux comme la « *retraite sociale* », l'absence de participation aux activités ou l'apathie. Ces comportements peuvent constituer des signaux d'alerte, susceptibles d'indiquer l'apparition de troubles anxio-dépressifs. Il précise « *C'est plus du niveau du médecin et de l'infirmière qui vont faire cette phase d'entrée et repérer facilement ces symptômes-là* », indiquant ainsi un travail en collaboration avec d'autres professionnels de santé pour repérer les signes cliniques.

Lors de l'institutionnalisation, il privilégie une approche centrée, notamment à travers de brèves rencontres individuelles, pour évaluer leur bien-être et leur adaptation. Concernant l'accompagnement des troubles anxio-dépressifs, il déploie des stratégies pour soutenir l'autonomie et stimuler la motivation des résidents. Comme il l'indique « *Mon objectif c'est qu'ils soient un maximum indépendant et qu'ils puissent essayer de retrouver, au moins les capacités qu'ils avaient avant chez eux* ». Cette approche vise à restaurer la capacité d'autonomie, en

adaptant les activités, aux attentes spécifiques des personnes accompagnées, tout en tenant compte de leur état mental et physique. Il met également en place des activités pratiques et individuelles, comme des « *ateliers de bricolage* » ou des « *mises en situation* » pour renforcer des gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, transferts, etc), en collaboration avec d'autres professionnels comme le kinésithérapeute. Cependant, il reconnaît que la participation des résidents souffrant de troubles anxio-dépressifs est souvent limitée en raison de leur manque de motivation et de leur apathie.

Le modèle PEOP (Person-Environment-Occupation-Performance), lui semble particulièrement pertinent dans l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD. Malgré une faible connaissance de ce modèle avant l'entretien, il souligne son intérêt pour la manière dont il pourrait structurer les interventions «*Oui, je pense que c'est ça peut être une bonne chose. En tant qu'ergo au niveau de son environnement, l'engagement des résidents, je pense qu'on a tout à fait notre place*». Il exprime ainsi la pertinence de ce modèle pour guider la pratique, notamment en tenant compte de l'environnement de la personne et de son engagement dans les activités.

Les propos de l'ergothérapeute permettent de faire un lien clair avec les différentes composantes du modèle PEOP, à savoir la personne, l'environnement, les occupations et la performance.

Concernant la Personne, l'ergothérapeute aborde la question des capacités et limitations des résidents, notamment en termes de motivation, d'acceptation de la situation (entrée en EHPAD) et de l'état de santé (ex. chutes, fractures). Il souligne que le processus d'acceptation de la résidence et le deuil de leur domicile peuvent constituer une limitation, mais que dans certains cas, cela peut aussi faciliter l'adaptation si la personne accepte d'être prise en charge.

En ce qui concernant l'Environnement, B* le définit tels qu'un facteur clé dans la prise en soin. L'ergothérapeute évoque l'adaptation des chambres (apport de meubles personnels) pour favoriser l'appropriation des lieux, ainsi que l'usage d'aides techniques facilitant la mobilité et les activités de la vie quotidienne.

Quant aux Occupations, les activités proposées sont majoritairement individuelles, axées sur les capacités fonctionnelles (marche, transferts, gestes du quotidien). Comme il l'indique, «*Ça va être plus des mises en situation que sur des activités de groupe*.» Il met en avant des approches

pratiques, centrées sur les besoins spécifiques de chaque résident, justifiées par un manque de temps important.

Enfin, la Performance est évaluée à travers un suivi régulier, notamment via un logiciel de transmission. L'ergothérapeute insiste sur l'adaptation des interventions selon l'état du jour, *«Nos résidents, on les connaît aussi, donc c'est en fonction de leurs humeurs. Il y a des bons jours et des jours moins bien.»*

Finalement, bien que B* n'applique pas directement ce modèle dans sa pratique, nous retrouvons clairement les composantes, notamment dans la prise en compte de la personne, de son environnement, de ses occupations et de sa performance. Son approche est principalement centrée sur l'autonomie et l'adaptation au sein de l'EHPAD, en collaborant étroitement avec les autres professionnels (kinésithérapeutes, psychologues, aides-soignantes). Le modèle PEOP, offrant une approche centrée sur l'interaction entre ces différents éléments, pourrait effectivement approfondir et structurer ses interventions, notamment en facilitant l'adaptation des personnes à leur nouvel environnement de vie et soutenant l'engagement des résidents dans la réalisation des activités de vie quotidienne.

En ce qui concerne le troisième échange avec l'ergothérapeute C*, nous débutons par la phase de repérage des troubles anxio-dépressifs, à travers des signes cliniques, précisément observés lors de l'entrée en Ehpads. Elle cite notamment des comportements moteurs aberrants, tels que la déambulation ou la sur sollicitation de l'équipe soignante, *« on a les troubles du comportement, [...] la déambulation, enfin les comportements moteurs aberrants.»* Elle ajoute également que la perte de repères et la confusion jouent un rôle important dans l'aggravation de ces troubles, mais précise que ces symptômes peuvent être transitoires, *« la perte des repères et des changements, ça joue sur un peu en aigu mais normalement après quelque temps du coup ça s'arrête »*. De plus, elle souligne l'importance de l'analyse et de l'échange pluridisciplinaire, dans la perception de ces signes *«Il va après, on est sur l'observation du temps d'échange en équipe et puis recueil de données.»* Pour cette ergothérapeute, la famille peut également jouer un rôle essentiel dans le recueil des informations, en particulier au moment de l'institutionnalisation *« Parfois la famille, mais en tout cas voilà, il y a déjà un syndrome anxio-dépressif qui est présent et le diagnostic par les médecins »*.

Lorsqu'elle repère ces signes, C* met en place des interventions visant à améliorer l'adaptation des résidents à leur nouvel environnement. Elle précise, *«au niveau de l'environnement physique, voir éventuellement d'éventuelles aides techniques pour que la personne puisse se repérer au niveau spatial et puis, ben au niveau temporel agenda.»* Elle insiste également sur l'importance de travailler en collaboration avec d'autres professionnels, comme la psychomotricienne et l'équipe élargie, *«c'est aussi beaucoup la psychomote, ça se fait vraiment. Et ça, c'est vraiment l'équipe élargie.»*

C* met un accent particulier sur l'adaptation de l'environnement et la personnalisation des espaces pour aider à lutter contre les troubles anxio-dépressifs. Elle donne pour exemple, l'importance du choix de la décoration de la chambre, *«la possibilité de mettre les choses au mur et la possibilité de ramener du petit mobilier mais vraiment du petit mais au moins c'est des choses qui rappellent voilà qui font qui rappellent la maison».* De même, elle évoque l'incidence de l'environnement social sur la participation des aînés, *«Créer des liens et puis favoriser l'environnement social. [...] On essaie de mettre ensemble des personnes qui étaient dans le même quartier par exemple.»* Elle souligne que l'objectif est de promouvoir des liens sociaux et de lutter contre le repli sur soi *«il y aurait non seulement créer des liens et puis favoriser l'environnement social.»*

En ce qui concerne les activités proposées, C* parle de la diversité des ateliers pour stimuler les résidents, *«Les activités manuelles, les activités cognitives avec les ateliers mémoires écrits, des ateliers mémoires orales. Aussi, tout ce qui est un peu sensoriel, activités musicales.»* Ces activités visent à rétablir un équilibre occupationnel, un aspect central du modèle PEOP. Elle souligne également que la participation peut être progressive *«Parfois juste rétablir l'équilibre occupationnel !»* Néanmoins, elle mentionne une problématique récurrente dans sa pratique quotidienne, à savoir le manque de temps, qui restreint sa capacité à proposer et à mener à bien des projets d'accompagnement ou bien la mise en place d'activités de groupe.

Afin d'évaluer l'avancement et les ajustements de prise en soin, C* se réfère à des outils comme l'échelle NPIES, un instrument utilisé pour mesurer les troubles de comportement, y compris l'anxiété et la dépression, *«C'est la psychologue qui la fasse passer avec l'équipe, moi, dès que je peux, j'y participe.»* Elle précise que cette évaluation permet d'assurer un suivi régulier des symptômes, avec une réévaluation tous les trois mois, *«On réévalue tous les 3 mois.»*

Quant à l'utilisation du modèle PEOP, bien que C* ne maîtrise pas ce modèle, elle en reconnaît son potentiel *«Ça pourrait redonner du sens dans certaines situations, ça c'est certain !»* Elle admet que ce modèle pourrait offrir une structure, permettant de maîtriser davantage l'impact de l'environnement sur la participation et l'adaptation des résidents. Elle précise, *«Ça pourrait redonner du sens dans certaines situations.»*

C* identifie plusieurs défis dans son travail, étroitement lié au manque de temps et au nombre important de résidents. Elle mentionne la difficulté à suivre les entrées et à proposer des interventions individualisées pour chaque résident, soulignant que le nombre de résidents par ergothérapeute est insuffisant, *«C'est l'équivalent du temps plein accordé pour le nombre de résidents en fait et moi j'arrive pas à suivre toutes les entrées.»* Elle admet également qu'elle peine à satisfaire les besoins de l'ensemble des résidents, en raison de ces contraintes de temps et de ressources, *«Il y a eu forcément une montée en charge. Enfin voilà 334 entrées il y en a pas eu tant que ça mais bon, deux entrées par semaine sur chaque secteur.»* Elle soulève également la nécessité d'augmenter ses créneaux horaires, afin d'organiser des ateliers en petit comité *«Avec plus de temps je referai des ateliers. Je ferai aussi des ateliers en petits groupes que je sache»*. Ces ateliers restreints permettraient de cibler davantage les besoins des résidents et de créer un lien de confiance, *«Ça favorise le lien de confiance, tout plein de choses quoi»*.

Finalement, l'ergothérapeute C* fait face à un défi de taille avec un nombre de résidents élevé et un manque de temps pour mener des suivis approfondis. Toutefois, elle perçoit un fort potentiel dans l'application du modèle PEOP, en particulier pour structurer son approche et donner plus de sens à ses interventions. Elle précise que l'adaptation de l'environnement et la création de liens sociaux sont des éléments clé dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs. Elle conclut en insistant sur l'importance de la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire afin d'optimiser l'accompagnement des résidents. *«C'est vraiment l'équipe élargie.»*

Lors de ce quatrième entretien, l'ergothérapeute D* décrit avec précision les signes cliniques des troubles anxiodépressifs qu'elle repère chez les patients lors de leur arrivée en EHPAD. Elle indique que, de manière fréquente, les personnes exprimeront des pensées morbides, ce qui peut être un signe révélateur de dépression ou d'anxiété intense, lié au changement d'environnement. De plus, elle souligne que ces troubles se manifestent par des

modifications de l'appétit (perte de l'appétit, apathie) et une réduction des activités. Ce repérage précoce des symptômes est essentiel pour mettre en place une prise en soin adéquate. *«Les signes cliniques que je repère chez des patients arrivant en EHPAD sont généralement une humeur très changeante, des signes d'anxiété, des plaintes somatiques répétées et un retrait social.»*

D* explique également que l'adaptation à un nouvel environnement peut être particulièrement difficile, d'autant plus pour des personnes âgées, ayant vécu longtemps dans la même maison. L'arrivée en EHPAD, avec la perte de repères et l'imposition de nouveaux rythmes de vie, peuvent accentuer des symptômes de dépression et d'anxiété. La gestion de cette transition, est déterminée par une approche personnalisée et active, qui vise à rassurer la personne, en intégrant des stratégies adaptées pour chaque individu. *«Souvent, ce sont des signes plus discrets, comme des troubles du sommeil, des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions qui nous alertent.»*

En ce qui concerne les interventions spécifiques mises en place, pour les sujets qui présentent des signes de repli social ou de dépression, l'ergothérapeute évoque plusieurs stratégies. Par exemple, l'accompagnement en petits groupes et la mise en place d'activités spécifiques, comme des repas thérapeutiques suivis d'activités occupationnelles, sont proposées. *«On recueille le consentement de la personne» pour les activités collectives, et on «essaie de recréer un lien, que ce soit avec les soignants ou d'autres résidents»*. En cas de déficit cognitif, un accompagnement spécifique dans des unités comme le PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) est proposé. Elle explique, que les activités sont adaptées en fonction des capacités de la personne et du temps disponible. *«Des séances de mémoire ou d'équilibre»*. Toutefois, D* souligne la difficulté de trouver le temps nécessaire pour ces activités individualisées, au vu des contraintes de l'EHPAD. Elle rappelle également l'importance de l'interaction sociale, en facilitant les relations entre résidents, comme par exemple en s'assurant que les personnes qui se connaissent, soient assises ensemble lors des repas. Cela permet de réduire l'anxiété sociale et de favoriser une adaptation de groupe optimale.

Quant au modèle PEOP, bien que D* ne possède pas de connaissances, elle admet les bénéfices qu'il apporterait dans sa pratique. Selon elle, l'adaptation de l'environnement, notamment en proposant des repas en chambre ou en adaptant les horaires pour des personnes âgées plus vulnérables, est cruciale. *«Il y a aussi des gens de caractère qui sont très casaniers, à ce moment-*

là, on évalue si chez eux ou dans leur chambre, ils arrivent à s'occuper seuls. »

L'environnement traduit un facteur central dans la prise en soin. D* indique que les chambres des résidents peuvent être personnalisées selon leurs préférences, *«on leur disait vous pouvez meubler mettre la décoration que vous souhaitez»*, à condition de ne pas encombrer l'espace. De plus, les aides techniques, comme les téléassistances ou les dispositifs de sécurité, sont adaptés pour respecter les habitudes antérieures des résidents. Comme illustration, *«si les résidents avaient déjà une chaise garde-robe à côté de leur lit»*, l'objectif est de maintenir ces aménagements dans leur nouvelle chambre.

Concernant la performance, la progression ou la diminution des symptômes, sont tracées à travers la participation des résidents aux activités. L'ergothérapeute analyse leur engagement dans les groupes et la volonté de participer. *«On évalue si la personne elle arrive à trouver sa place dans un groupe, ou si elle devient moins fidèle aux activités»*. La vigilance est également portée sur les signes physiques, comme une perte de poids inexplicée, qui peut être un indicateur de dépression. Les équipes, y compris l'ergothérapeute, utilisent des temps de transmission pour échanger, qui sont primordiaux selon D* afin de garantir une cohérence dans les soins. Cela est d'autant valable en raison du turnover élevé du personnel. D* décrit des échanges réguliers pluridisciplinaires, notamment via des réunions informelles avec la psychologue et des transmissions écrites à l'aide d'un logiciel. Cependant, le manque de temps et de personnel reste un frein à une prise en charge optimale. *«Le manque de temps»* et *«Le turnover énorme sur les équipes sont des obstacles majeurs dans la gestion des troubles anxieux et dépressifs.»*

Enfin, l'ergothérapeute pointe les défis liés à la prise en charge des résidents de plus en plus dépendants, *«Les gens arrivent avec un niveau déjà cognitif très très bas»*. Elle souligne l'importance de laisser les résidents s'impliquer dans des tâches quotidiennes comme *«mettre la table»* ou *«éplucher des légumes»*, en vue de favoriser le sentiment d'accomplissement.

4.6 Analyse transversale

Ce chapitre se réfère à l'annexe IV des annexes supplémentaires.

L'analyse croisée des quatre entrevues met en évidence plusieurs concordances dans les pratiques ergothérapeutiques en EHPAD face aux troubles anxio-dépressifs, tout en révélant quelques divergences dans les approches mises en place. Tous s'entendent quant à l'importance d'une démarche centrée sur la personne, en s'appuyant sur une stratégie globale, intégrant l'environnement et les occupations signifiantes du résident. Ces valeurs coïncident avec les principes du modèle PEOP. De fait, A* expose que *«La prise en charge ne peut être efficace que si elle est pensée dans son ensemble, il ne suffit pas de proposer des activités, il faut s'assurer qu'elles s'inscrivent dans la vie quotidienne du résident et qu'elles aient du sens pour lui»*. B* insiste également sur cet aspect en précisant que *«la dimension environnementale est primordiale, car un cadre inadapté peut devenir un frein majeur à la participation»*. De surcroît, il appuie la manière dont les troubles anxio-dépressifs affectent l'engagement des personnes âgées dans leurs activités quotidiennes et sociales, puis souligne l'importance d'adaptations spécifiques, pour favoriser l'engagement des aînés.

Conjointement, C* analyse que *«L'anxiété et la dépression créent souvent un cercle vicieux, moins la personne participe, plus elle se replie sur elle-même et plus il devient difficile de la mobiliser»*. L'accompagnement se veut ainsi individualisé, tenant compte des ressources, des envies et de l'histoire de vie des résidents afin d'optimiser leur bien-être et leur autonomie. Par ailleurs, D* justifie, *«Avant toute intervention, je prends le temps d'échanger avec le résident et son entourage pour comprendre ce qui l'intéresse et ce qui a du sens pour lui. Il n'y a pas de solution universelle»*. Un autre point commun réside dans la collaboration interdisciplinaire, tous les ergothérapeutes interrogés insistent sur la nécessité de travailler en coordination avec les autres professionnels de l'EHPAD (psychologues, soignants, animateurs) pour assurer une prise en soin globale et cohérente. B* affirme ainsi que *«Sans le travail d'équipe, on passe à côté de beaucoup de choses. L'échange avec les soignants et les psychologues est indispensable pour adapter au mieux nos interventions»*. En outre, tous valorisent le rôle central du lien social dans la gestion des troubles anxio-dépressifs, soulignant que l'isolement majore les symptômes. En effet, il paraît essentiel d'optimiser les interactions pour maintenir l'engagement occupationnel des résidents. C* détail ; *«Ce que je constate, c'est que plus une personne est intégrée dans la vie de*

l'EHPAD, moins elle présente de symptômes anxio-dépressifs. Le contact avec les autres, même minime, joue un rôle déterminant».

Concernant le modèle PEOP, aucun ne l'applique dans sa pratique, mais tous l'utilisent de manière informelle, sans le nommer explicitement. A* détermine alors qu'il *«suit le modèle PEOP dans la structuration de ses interventions»*, tandis que D* reconnaît qu'il *«ne l'utilise pas directement, mais que son approche repose naturellement sur ces principes»*. Les activités proposées varient également, certains privilégient des occupations créatives et artistiques, considérées comme un moyen d'expression et de valorisation de soi, tandis que d'autres favorisent des exercices fonctionnels, centrés sur la réalisation des tâches quotidiennes, et ainsi préserver l'autonomie. B* affirme, *«Les activités manuelles et artistiques permettent aux résidents de retrouver du plaisir et de s'exprimer, ce qui a un impact positif sur leur état émotionnel»*. À l'inverse, C* met en lumière les activités pratiques, *«Je préfère travailler sur des mises en situations concrètes, comme le rangement ou la préparation des repas, car cela favorise l'autonomie et l'estime de soi»*.

La place accordée aux familles constitue un autre point de divergence, certains professionnels intègrent activement les proches dans l'accompagnement, considérant leur implication comme un levier thérapeutique. Tandis que d'autres, relèvent des difficultés à mobiliser les familles, que ce soit en raison de contraintes organisationnelles ou d'un manque d'engagement. A* affirme, *«Lorsque la famille est investie, on obtient de bien meilleurs résultats, car le résident se sent soutenu et valorisé»*. À l'inverse, D* note que *«Les proches ne sont pas toujours disponibles ou n'osent pas forcément s'impliquer, ce qui peut être un frein dans la prise en charge»*. Par ailleurs, l'usage d'outils d'évaluation standardisés pour mesurer l'efficacité des interventions varie également, alors que certains ergothérapeutes s'appuient sur des outils spécifiques, d'autres adoptent une approche davantage clinique et intuitive. B* précise ainsi qu'il emploie *«Régulièrement des échelles d'évaluation pour mesurer l'évolution des troubles anxieux et adapter ses interventions»*, tandis que C* préfère *«S'appuyer sur l'observation et le ressenti, qui sont souvent plus parlants que des chiffres»*.

Enfin, une tendance générale se dégage quant aux contraintes institutionnelles et aux ressources disponibles : tous évoquent un manque de temps et de moyens, qui peut impacter la mise en place d'interventions optimales. D* résume bien les faits en affirmant que *«les idées et les*

solutions existent, mais la réalité du terrain nous oblige parfois à faire des choix et à prioriser certaines interventions au détriment d'autres». Malgré ces limites, cette analyse transversale met en lumière la volonté commune des ergothérapeutes d'adapter leurs pratiques, afin d'optimiser la prise en soin des troubles anxiodépressifs en EHPAD, en tenant compte des spécificités de chaque individu et du cadre institutionnel dans lequel ils évoluent.

4.7 Interprétation et validation des hypothèses à la question de recherche

À la suite des analyses longitudinales et transversales, guidées par les quatre entretiens, menés auprès d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD, il est à présent envisageable de reconsidérer les hypothèses de départ, afin de comparer leurs pertinences, avec le sujet de ce mémoire. Cette démarche permet également d'analyser les points de similitudes ou bien de divergences, relevés entre les apports du cadre théorique, en particulier le modèle PEOP et les situations concrètes, relatées par les professionnels de santé.

La première hypothèse supposait que l'ergothérapeute peut intervenir en amont, afin de préparer et d'anticiper l'institutionnalisation de la personne âgée. Les données recueillies viennent soutenir cette hypothèse, bien que cette prise en charge anticipée, ne soit pas toujours appliquée dans les pratiques quotidiennes. A* évoque par exemple que *«les troubles anxiodépressifs sont très vite décelés chez certaines personnes»*, illustrant que l'entrée en EHPAD est une phase déterminante durant laquelle un accompagnement préalable aurait pu atténuer les symptômes observés. C* confirme que *«la perte de repères et les changements ça jouent en aigu»*, mais que ces effets peuvent s'atténuer si un l'accompagnement est anticipé et structuré. L'ensemble des professionnels reconnaissent qu'une phase préparatoire serait favorable, bien qu'elle soit rarement réalisée de manière formelle avant l'entrée.

Cette hypothèse s'inscrit dans la logique du modèle PEOP, notamment à travers la nécessité d'adapter l'environnement pour faciliter l'insertion, au sein d'un nouveau cadre de vie. D*, par exemple, souligne que *«l'arrivée en EHPAD, avec la perte de repères et l'imposition de nouveaux rythmes de vie, peut accentuer des symptômes de dépression et d'anxiété»*, soutenant l'idée qu'une anticipation aurait permis de limiter ces effets.

La seconde hypothèse considérait, qu'une prise en soin ergothérapeutique au préalable permettrait de recueillir le point de vue de l'ainé, ses attentes et ses besoins, et favoriserait l'accompagnement des troubles anxiodépressifs. Cette hypothèse est entièrement approuvée par les pratiques décrites. Tous les ergothérapeutes insistent sur l'importance d'une approche centrée sur la personne, bien que celle-ci soit souvent initiée peu après l'entrée en EHPAD. D* affirme, «*Avant toute intervention, je prends le temps d'échanger avec le résident et son entourage pour comprendre ce qui l'intéresse et ce qui a du sens pour lui.*» B* relève également la valorisation des capacités antérieures du résident, ayant pour objectif de maintenir ou retrouver une certaine autonomie. C* mentionne la personnalisation de l'environnement comme levier thérapeutique, et clarifie qu'il est essentiel de «*ramener du petit mobilier, des éléments qui rappellent la maison*», cela illustre la nécessité d'écouter et de répondre aux besoins, tant explicites qu'implicites, de la personne âgée. Ces pratiques, bien qu'initiales à l'arrivée, démontrent les bénéfices d'une prise en soin anticipée dans l'accompagnement des troubles anxio-dépressifs. Le modèle PEOP est ici particulièrement pertinent, en formalisant l'évaluation autour des composantes Personne, Occupation, Environnement et Participation. Bien que cette partie traite principalement la période précédant l'institutionnalisation, il est évident que de nombreuses questions surviennent après la phase d'admission, nécessitant de la part des professionnels un suivi adapté. Le modèle PEOP, offrant un cadre structuré et une approche centrée sur la personne, permet de guider et d'orienter ce suivi en tenant compte des besoins spécifiques du résident.

L'hypothèse suivante présumait qu'un travail de collaboration entre l'équipe, la famille et l'ergothérapeute favoriserait une entrée en EHPAD pour la personne âgée. Cette supposition est également soutenue par les entretiens. Tous les professionnels interrogés reconnaissent l'importance d'une coordination interdisciplinaire, afin de garantir une prise en soin cohérente et ajustée. A* met en avant «*l'observation collaborative faite par l'équipe dès l'entrée*», tandis que B* souligne que «*c'est plus du niveau du médecin et de l'infirmière qui vont faire cette phase d'entrée*», ce qui témoigne d'une démarche collective, à laquelle l'ergothérapeute est associé. C* insiste sur l'apport du travail en «*équipe élargie*», intégrant psychomotriciens, psychologues et soignants. En ce qui concerne les familles, les positions sont plus variées, A* indique que «*lorsque la famille est investie, on obtient de bien meilleurs résultats*», alors que D* regrette que «*les proches ne sont pas toujours disponibles*». Néanmoins, tous s'accordent à dire que le lien

social, qu'il soit familial ou institutionnel, joue un rôle majeur dans l'adaptation des résidents. Cette dynamique met en lumière la composante environnementale du modèle PEOP, incluant non seulement les aspects physiques, mais aussi les relations humaines et les ressources disponibles.

5. Discussion

5.1 Critiques et limites de l'étude

Plusieurs limites s'imposent dans le cadre de cette recherche. Tout d'abord, bien qu'il existe une littérature scientifique, relativement abondante sur la perte d'autonomie et d'indépendance chez les personnes âgées en EHPAD, peu d'articles abordent spécifiquement les troubles anxio-dépressifs, dans ce contexte. Cette lacune constitue à la fois une limite, en raison du manque de références théoriques, mais également un point positif, en soulignant la rareté du sujet abordé.

Conformément à mes critères d'inclusion, les quatre ergothérapeutes interrogés exercent tous en EHPAD et prennent en charge, de manière directe ou indirecte, des résidents présentant des troubles anxio-dépressifs. Bien que partageant un même cadre d'exercice, ils présentent des profils, expériences et approches différentes, ce qui enrichit la diversité des points de vue recueillis. Toutefois, cette pluralité complique l'unification des besoins d'accompagnement, qui varient selon les approches individuelles des professionnels.

De plus, un autre point reste à souligner, concernant leurs temps de présence respectifs au sein de l'ehpad, variant notablement, si l'un est présent à temps plein, les autres exercent à mi-temps. Cette disparité entrave l'adaptation et l'intégration de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire, d'autant que les moyens matériels et humains mis à disposition, restent parfois limités. Ces éléments interrogent sur la reconnaissance du métier et la place accordée aux ergothérapeutes dans ces structures. Ils constituent donc un biais important à prendre en compte dans l'analyse de ce travail de recherche.

Un autre biais peut être relevé, à savoir que tous les ergothérapeutes ne sont pas nécessairement familiarisés, ni formés à l'utilisation de modèles conceptuels. Cet élément peut limiter l'exploration de notre problématique, puisque nous nous interrogeons sur l'apport et l'utilisation du modèle PEOP, dans la pratique ergothérapique auprès de personnes âgées, présentant des troubles anxiodépressifs en Ehpads.

Pour finir, les entretiens ont été réalisés par téléphone, ce qui a pu représenter un frein à la communication, limitant potentiellement l'observation non-verbal, l'instauration d'un climat de confiance optimal ou encore la fluidité des échanges. D'autant plus qu'il s'agissait de ma première expérience dans la conduite d'un entretien, ayant pu représenter un frein à la spontanéité et à la fluidité des échanges.

5.2 Perspectives

Cette dernière partie vise à ouvrir la réflexion au-delà des objectifs initialement émis. Ce travail de recherche a fait émerger plusieurs pistes de réflexion, invitant à approfondir et à étendre la portée du champ d'étude d'origine. Il s'agit ici de proposer des champs de questionnement, qui offriraient de nouvelles perspectives dans la pratique ergothérapique, auprès des personnes âgées en EHPAD, notamment autour de la prise en charge des troubles anxio-dépressifs, via l'utilisation du modèle PEOP.

Il serait pertinent de s'interroger, sur le rôle de l'ergothérapeute en amont même de la possession du dossier médical, afin d'optimiser l'organisation de l'entrée d'un résident présentant des signes de troubles anxiodépressifs. Rappelons le rôle de coordinateur de soins, qu'occupe l'ergothérapeute, traduisant une place centrale dans la préparation de l'accueil, la communication avec l'équipe pluridisciplinaire et la collecte d'éléments essentiels.

Prenons pour exemple le cas de Monsieur B, dont l'institutionnalisation est prévue dans deux semaines. Lors d'une réunion pluridisciplinaire, le cadre de santé présente brièvement les informations principales concernant Monsieur B, puis clôt la réunion sans approfondir davantage.

À la suite de cette réunion, l'ergothérapeute du service, traite l'organisation de l'accueil et du suivi de Monsieur B, en cohérence avec ses missions spécifiques. Dans un premier temps, il prend contact avec la famille du futur résident afin de dresser un inventaire des aides techniques déjà en sa possession (matériel utilisé en chambre, en salle de bain, potentielles aides techniques au repas). L'objectif est d'identifier ce qui pourra être installé dans sa chambre avant son arrivée, afin de favoriser une transition la plus sereine possible.

Parallèlement, l'ergothérapeute cherche à recueillir auprès de la famille, toutes informations sur les habitudes de vie de Monsieur B. Ces éléments permettront d'optimiser l'organisation de ses journées et de réfléchir à la manière optimale son accueil, le jour de son entrée.

En effet, la chambre sera aménagée et personnalisée avec ses meubles et objets, afin de faciliter

l'appropriation du nouvel environnement.

Enfin, après quelques jours d'adaptation, l'ergothérapeute se présentera auprès de Monsieur B pour initier un premier échange. Notamment à l'aide d'un outil de recueil de données tel que le MCROP, permettant l'acquisition d'éléments sur l'histoire de vie, les centres d'intérêt ou encore les besoins de l'ainé. Cet échange permettra de définir des objectifs individualisés et de mettre en place des moyens signifiants et adaptés à la personne.

Enfin, dans une démarche continue d'accompagnement, l'ergothérapeute évaluera l'adaptation, le bien-être et l'environnement de Monsieur B à l'aide du modèle PEOP, garantissant ainsi un suivi centré sur la personne et son projet de vie.

En ce sens, il conviendrait de déterminer un protocole d'accompagnement spécifique, pour les personnes présentant des symptômes anxio-dépressifs. Dans cette optique, une telle démarche, alliant recueil de données et co-construction, basée sur un modèle commun, permettrait d'aboutir à des principes d'intervention et à la mise en place d'un cadre d'intervention collaboratif.

Par ailleurs, il convient de souligner que le modèle PEOP repose sur un recueil de données approfondi, visant à appréhender l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations. Aussi, l'utilisation d'un outil complémentaire, en parallèle du modèle PEOP, constituerait un véritable atout, permettant d'optimiser son application au quotidien et d'en renforcer la pertinence, dans l'accompagnement des personnes âgées. Selon Morel-Bracq, l'utilisation d'un Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), pourrait définir un outil particulièrement adapté dans notre problématique. En effet, cette approche offre l'opportunité de s'appuyer sur un moment privilégié avec le résident, afin de recueillir son histoire de vie, ses habitudes, ses envies et ses freins, dans le but de formuler des objectifs d'accompagnement personnalisés et adaptés à son vécu.

Il serait alors pertinent de s'interroger, sur une possible complémentarité entre le modèle PEOP et d'autres modèles conceptuels, tels que la MCREO, dans le but de renforcer la précision et la pertinence de l'intervention ergothérapique. Une nouvelle piste de réflexion s'offre à nous :

Comment optimiser l'utilisation du modèle PEOP, dans la pratique ergothérapique, auprès des aînés en EHPAD présentant des troubles anxiodépressifs, notamment en l'associant avec des outils complémentaires, tels que le MCREO ?

5.3 Réinvestissement professionnel

Ce long travail de recherche, bien que parfois fastidieux, a constitué un apport précieux, au cours de ces deux dernières années d'études en ergothérapie. Il a vu le jour lors d'un stage réalisé en EHPAD, où j'ai été confrontée à une problématique qui m'anime profondément : l'accompagnement des aînés présentant un syndrome anxiodépressif.

Sur le plan personnel, cette initiation à la recherche m'a permis d'établir des liens solides entre les apprentissages théoriques, reçus tout au long de ma formation et les questionnements que je nourrissais sur cette thématique.

Enfin, sur le plan professionnel, ce mémoire a renforcé des compétences essentielles à ma future pratique : la capacité à m'appuyer sur des données scientifiques, me questionner de façon critique et à analyser avec justesse. Il m'a également permis d'acquérir une méthodologie de travail rigoureuse et de renforcer mes capacités de rédaction et de synthèse écrites.

Conclusion

En ergothérapie, l'objectif principal est de favoriser l'autonomie et l'indépendance, des individus. Les moyens utilisés sont divers. Ils vont dépendre des besoins et des envies de la personne, de son environnement et de ses capacités.

En Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée dépendante (Ehpad), l'ergothérapeute intervient plus particulièrement dans le quotidien des résidents, impactant le niveau occupationnel de la personne. « Le profil occupationnel est un résumé des antécédents occupationnels et des expériences d'une personne, de ses habitudes de vie quotidienne, de ses intérêts, de ses valeurs et de ses besoins » (AOTA, 2014) [49]

Aujourd'hui des troubles anxio-dépressifs sont massivement observés en Ehpad, chez les aînés. Selon les études scientifiques consultées, il en résulte que ce phénomène est bien souvent dû à une institutionnalisation non souhaitée, dite « subite » par les personnes. Ainsi, l'ergothérapeute a également un second rôle crucial à jouer, sur le versant occupationnel des seniors, au sein d'un établissement.

L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche était de démontrer que l'utilisation du modèle

conceptuel PEOP, permettrait de guider et de structurer les pratiques ergothérapeutiques, en contribuant à une meilleure prise en soin des troubles anxiodépressifs, chez les personnes âgées institutionnalisées en EHPAD.

L'analyse des quatre entretiens a permis de valider mes hypothèses initiales : l'utilisation d'un modèle tel que le PEOP favoriserait l'unification des pratiques, tout en offrant un cadre commun et structuré pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs. Ce travail met ainsi en lumière l'importance d'un accompagnement occupationnel cohérent et centré sur la personne, dans un domaine encore peu exploré en ergothérapie gériatrique.

L'utilisation du modèle conceptuel PEOP (Person-Environnement-Occupation-Performance) offre une approche centrée sur le sujet, ainsi qu'un cadre structuré, pour analyser les interactions entre la personne, son environnement et ses occupations.

En somme, il contribue à une prise en soin adaptée, élaborée à partir des besoins spécifiques de la personne âgée, et promeut une meilleure prise en compte des troubles anxiodépressifs. Cette approche vise à développer l'autonomie et l'engagement des personnes âgées dans des activités du quotidien. Elle contribue au bien-être physique et psychique, favorise un équilibre entre les souhaits et les opportunités environnementales, et joue un rôle essentiel dans la prévention de l'apparition de nouveaux troubles anxiodépressifs.

Bibliographie :

1. Marie-Chantal Morel-Bracq. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2^eéd. (2017, p.2).
2. Francis Nouvel. Association Française des Ergothérapeutes en gériatrie AFEG [en ligne] ; Cramans 39600. [cité le 09/09/24]. Disponible : [index \(afeg.asso.fr\)](http://index.afeg.asso.fr)
3. Magalie Guichardon. Quand l'entrée en Ehpad est in choix [en ligne] ; 2005. [cité le 12/09/24]. Disponible : [quand-lentree-en-ehpad-est-un-choix.pdf](#)
4. Martine Lemoine. Donner du sens au projet d'accompagnement personnalisé en ehpad [en ligne] ; 2021. [cité le 15/09/24]. Disponible : [Donner du sens au projet d'accompagnement personnalisé en Ehpad - ScienceDirect](#)
5. Malgorzata Dziechciaz, Rafal Filip. Pubmed [en ligne]. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging ; 2014. [cité le 17/09/24]. Disponible : [Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging - PubMed \(nih.gov\)](#)
6. François Clanché. Le vieillissement de la population en France. [en ligne] ; Aubervilliers. [cité le 18/09/24]. Disponible : [Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés - Espace presse - Ined - Institut national d'études démographiques](#)
7. Abel Toledano-Gonzalez, Teresa Labajos-Manzanares, Dulce Romero-Ayuso. WellBeing, Self-Efficacy and Independence in older adultsPubmed [en ligne] ; Juin 2019 [consulté le 19/09/24]. Disponible : [Well-Being, Self-Efficacy and Independence in older adults: A Randomized Trial of Occupational Therapy - PubMed \(nih.gov\)](#)
8. FONTAINE Roger. Psychologie du vieillissement. 2^e éd. Paris : Dunod ; 2007. 191p.
9. DARNAUD Thierry. L'entrée en maison de retraite. Paris : 2012, 192p.
10. F. Limosin, A. Manetti, M. René, JP. Schuster. Dépression du sujet âgé. Science Direct [en ligne]. 2015, Paris. [consulté le 20/09.24]. Disponible : [Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques - ScienceDirect](#)
11. Jean-Pierre Clément. Quelques considérations sur le deuil de la personne âgée. Cairn.info. [en ligne]. 2009 [consulté le 22/09/24]. N° 135. Disponible : [Quelques considérations sur le deuil de la personne âgée | Cairn.info](#)

12. Boris Cyrulnik, Gérard Jorland. Résilience connaissances de base. [en ligne]. 7 Mai 2012. [consulté le 02/10/24]. 224 pages. Disponible : [Résilience connaissances de base - Boris Cyrulnik, Gérard Jorland - Google Livres](#)
13. Patrick DÉNIEL. L'institutionnalisation en Ehpad. [en ligne] ; 2022, Clermont de l'Oise. [Cité le 07/10/24]. Disponible : [INSTITUTIONNALISATION EN EHPAD OU EN USLD ? - Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise \(ch-clermont.fr\)](#)
14. Nicolas FOUREUR. Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées. N°150, 2016. p141-154, Vol.38
15. Isabelle Donnio. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées[en ligne] ; 2005 [Consulté le 10/10/24]. Disponible : [L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | Cairn.info](#)
16. M. Fabrice Lengart. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Dress.solidarité-gouv.fr[en ligne]. 2021, Paris [Consulté le 12/10/24]. Disponible : [728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)
17. Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND, Sandrine ANDRIEU. Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile[en ligne]. DRESS ; 2008 [Consulté le 15/10/24]. Disponible : [Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
18. Daniël Tcanet Auzzino. La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en ehpad. Cairn. Info[en ligne]. 2009 [Consulté le 17/10/24]. Vol.32/ n° 131. Disponible : [La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD | Cairn.info](#)
19. Claire Landais. Lois relative à l'adaptation de la société au vieillissement[en ligne] ; Paris. [Consulté le 17/10/24]. Disponible : [Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement - Ministère du travail, de la santé et des solidarités \(sante.gouv.fr\)](#)
20. Schéma représentant l'institutionnalisation tardive en Ehpad. Crédoc, enquête « Conditions de vie et aspirations », juillet 2018
21. Trachman, B. Quand la perte de son « chez-soi » amène à la perte de soi[en ligne] ; 2016. Cairn Info [Consulté le 20/10/24]. Le Journal des Psychologues. Disponible :

[Quand la perte de son « chez-soi » amène à la perte de soi | Cairn.info](#)

22. Keister K. Predictors of Self-Assessed Health, Anxiety and Depressive Symptoms in Nursing Home Residents at Week 1 Postrelocation. Pubmed[en ligne]. 2006 [Consulté le 24/10/24]. Disponible : [Predictors of self-assessed health, anxiety, and depressive symptoms in nursing home residents at week 1 postrelocation - PubMed \(nih.gov\)](#)
23. Perlman, D & Peplau, L.A. Toward a Social Psychology of Loneliness. Personal Relationships in Disorder. London : Academic Press [en ligne]. 1981, Londres [Consulté le 25/10/24] (p. 31-56). Disponible : [Perlman-Peplau-81.pdf](#)
24. Galand, B., Boudrenghien, G., & Rose, A. Buts personnels, orientations motivationnelles et bien-être subjectif : Effets indépendants ou médiatisés? Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement[en ligne]. 2012 [Consulté le 26/10/24]. 44(2), 158. Disponible : [Buts personnels, orientations motivationnelles et bien-être subjectif: Effets indépendants ou médiatisés?](#)
25. Directeur général de la Cnam. Les troubles anxio-dépressifs[en ligne]. Novembre 2024, Paris [Consulté le 27/10/24]. Disponible : [Les Troubles Anxio-Dépressifs chez les Personnes Âgées](#)
26. Betty Kitchener, Anthony Jorm, Claire Kelly. Manuel des premiers secours en santé mentale. PSSM France. 1^e ed, 2023. 44p
27. Directeur général de la Cnam. Les troubles anxio-dépressifs[en ligne]. Novembre 2024, Paris [Consulté le 28/10/24]. Disponible : [Les Troubles Anxio-Dépressifs chez les Personnes Âgées](#)
28. Betty Kitchener, Anthony Jorm, Claire Kelly. Manuel des premiers secours en santé mentale. PSSM France. 1^e ed, 2023. 44p
29. Marc-Antoine Crocq , Julien Daniel Gueli. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5. 5^e ed, 2013. 193-237p
30. OMS. La santé mentale[en ligne]. Genève [consulté le 30/10/24]. Disponible : [Santé mentale](#)
31. OMS. La santé mentale[en ligne]. Genève [consulté le 02/11/24]. Disponible : [Santé mentale et vieillissement.](#)
32. Colligan, E. M, Cross-Barnet. C, Lloyd, J. T., McNeely, J. Barriers and facilitators to depression screening in older adults: a qualitative study. Aging and Mental Health. Pubmed[en ligne]. 2021 [consulté le 04/11/24]. Disponible : <https://>

doi.org/10.1080/13607863.2018.1531376

33. D. Agroud. Isolation among the elderly: A current issue. Science Direct[en ligne]. Mars 2023 [Consulté le 06/11/24]. Disponible : [Prévalence mondiale de l'isolement social chez les personnes âgées vivant dans la communauté : une revue systématique et une méta-analyse – ScienceDirect](#)
34. Yongjie Yon Ma, Christopher R Mikton, Zachary D Gassoumis, Prof Kathleen H Wilber. Prévalence de la maltraitance des personnes âgées en milieu communautaire. The Lancet Global Health[en ligne]. Fev 2017 [consulté le 10/11/24]. Disponible : [Prévalence de la maltraitance des personnes âgées en milieu communautaire : une revue systématique et une méta-analyse - The Lancet Global Health](#)
35. OMS. La santé mentale[en ligne]. Genève [consulté le 10/11/24]. Disponible : [Santé mentale et vieillissement.](#)
36. Caroline Semaille. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans. Santé Publique France[en ligne]. Fev 2023 [consulté le 13/11/24]. Disponible : [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021](#)
37. Rosay-Notz, H. Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles. Etudes sur la mort[en ligne]. 2004 [Consulté le 14/11/24]. Disponible : <https://doi.org/10.3917/eslm.126.0027>
38. P. Cléry Melin. Spécificités des troubles anxieux avec l'avancée dans l'âge. Science Direct[en ligne] Nov 2015 [Consulté le 20/11/24]. Disponible : [Spécificités des troubles anxieux avec l'avancée en âge - ScienceDirect](#)
39. Benoit, M., & Dorey, J. M. Typologies of late-life depression : Anxiety and lack of motivation. Cahiers de l'Année Gerontologique[en ligne]. 2011 [Consulté le 21/11/24]. Disponible : <https://doi.org/10.1007/s12612-011-0190-5>
40. Trouillet, R., & Gély-Nargeot, M. C. Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique[en ligne]. Mars 2009, Vol. 167, pp. 119-126 [Consulté le 24/11/24]. Disponible : [Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé - ScienceDirect](#)
41. Livre MOREL Bracq. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2^e ed. p.63 - 64
42. Société Sinaot. Le modèle Personne -Environnement – Occupation – Performance[en ligne]. 2022 [Consulté le 25/11/24]. Disponible : [Cadre - Sina OT](#)

43. Sarah Mohammed Alageel. Usage of creative solutions to enhance disabled patient's quality of life. Pubmed [en ligne]. 2022 [cité le 20/05/24]. Disponible : [A Narrative Review of the Usage of Creative Solutions to Enhance Disabled Patients' Quality of Life and Wellbeing by Occupational Therapists - PubMed \(nih.gov\)](#)
44. Geneviève Trotter. Rubrique Accueil[en ligne] ; Cramans 39600. [Consulté le 30/09/24]. Disponible sur: [AFEG – Association Françaises des Ergothérapeutes en Gériatrie \(afeg-asso.fr\)](#)
45. MOREL Marie-Chantal. Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie [en ligne]. Bordeaux : université Victor Segalen Bordeaux 2 U.F.R des sciences de l'Homme, 2006, 49 p. [cité le 26/09/24]. Disponible sur : [ANALYSE D'ACTIVITE ET PROBLEMATISATION EN ERGOTHERAPIE \(guihard.net\)](#)
46. Arnaud Schabaille. Rubrique la profession[en ligne] ; Paris [Consulté le 02/12/24]. Disponible sur <http://www.anfe.fr/>
47. Bengt B, Arnetz. Pubmed[en ligne]. Gerontic occupational therapy [Consulté le 06/12/24]. Disponible : [Gerontic occupational therapy--psychological and social predictors of participation and therapeutic benefits - PubMed \(nih.gov\)](#)
48. Marie Lang. Les critères d'inclusion et d'exclusion[en ligne] ; Paris, 2022 [Consulté le 08/12/24]. Disponible : [Mentions légales — Notre Recherche Clinique \(notre-recherche-clinique.fr\)](#)
49. American Occupational Therapy Association. Pubmed[en ligne]; (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy [Consulté le 10/12/24]. Disponible : [Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Fourth Edition - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Nicolas Foureur. Plus de place et d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées[en ligne]. 2016 [Consulté le 29/09/24]. Disponible : [Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées | Cairn.info](#)
 - Hernandez H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. [en ligne]. Journal de Réadaptation Médicale ; 2010 [Consulté le 30/09/24]. Disponible : [L'ergothérapie, une profession de réadaptation – ScienceDirect](#)

Annexes

I. Grille d'entretien.....	I
II Résumé.....	III
III Abstract.....	IV

I Grille d'entretien

Thème	Question	Objectif
Connaissance des troubles anxio-dépressifs chez la personne âgée	Pouvez-vous décrire les principaux signes cliniques des troubles anxio-dépressifs chez les personnes âgées ?	Évaluer la compréhension des troubles anxio-dépressifs.
Stratégies d'intervention lors de l'entrée en EHPAD	Quelles interventions spécifiques proposez-vous à l'entrée en EHPAD pour faciliter l'adaptation d'une personne anxiodépressive ? Quels outils utilisez-vous ? Recueil de données ? (MCRO) Bilans ?	Explorer les stratégies précises que l'ergothérapeute met en place pour soutenir l'adaptation.
Rôle de l'ergothérapeute dans la gestion des troubles anxio-dépressifs	Quelle est votre approche en tant qu'ergothérapeute pour aider une personne âgée souffrant de troubles anxio-dépressifs à s'adapter à son nouvel environnement en EHPAD ?	Comprendre les interventions spécifiques mises en place pour gérer les troubles anxio-dépressifs.
Coordination avec les familles et situations d'entrée sous contrainte	Comment travaillez-vous avec les familles , notamment lorsque l'entrée en EHPAD se fait sous contrainte, en particulier pour des résidents souffrant de troubles anxio-dépressifs ?	Explorer la coordination avec les familles et la gestion des situations où l'entrée en EHPAD est perçue comme une contrainte.
Utilisation du modèle PEOP	Connaissez-vous le modèle PEOP (Person-Environnement-Occupation-Performance) ? Si oui, comment l'utilisez-vous dans votre pratique avec les personnes âgées souffrant de troubles anxio-dépressifs ?	Vérifier la connaissance du modèle PEOP et son utilisation dans la pratique quotidienne.
Utilisation du modèle PEOP	Si non , explication du modèle	Lien entre la pratique du professionnel et association aux composantes du modèle.
Personne (P) : Besoins et capacités	Selon vous, quels sont les besoins spécifiques d'une personne âgée souffrant de troubles anxio-dépressifs en termes de capacités et de limitations ?	Identifier les besoins spécifiques de la personne âgée dans ce cadre.

Environnement (E) : Adaptations	Quelles modifications ou adaptations de l'environnement proposez-vous pour aider une personne âgée à mieux vivre avec des troubles anxio-dépressifs en EHPAD ?	Explorer les ajustements environnementaux favorisant le bien-être.
Occupation (O) : Activités et participation	Quelles activités spécifiques recommandez-vous pour favoriser l'engagement d'une personne âgée souffrant de troubles anxio-dépressifs ?	Identifier les activités proposées pour améliorer l'implication et la qualité de vie.
Performance (P) : Suivi et ajustements	Comment évaluez-vous la progression ou les ajustements nécessaires dans la prise en charge de la personne âgée souffrant de troubles anxio-dépressifs en EHPAD ?	Explorer la manière dont l'ergothérapeute évalue et ajuste ses interventions.
Collaboration avec d'autres professionnels de santé	Comment collaborez-vous avec les autres professionnels (médecins, infirmiers, psychologues) dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs en EHPAD ?	Évaluer l'aspect collaboratif du soin pour mieux comprendre la place de l'ergothérapeute.
Perception de l'efficacité du modèle PEOP	En quoi pensez-vous que le modèle PEOP peut améliorer votre pratique quotidienne face aux troubles anxio-dépressifs des résidents âgés ?	Recueillir des retours sur l'efficacité perçue du modèle PEOP dans la pratique.
Défis rencontrés dans l'application d'un modèle et des outils liés à ce modèle	Quels sont les défis ou obstacles que vous rencontrez lorsque vous appliquez un modèle pour gérer les troubles anxio-dépressifs ? ➤ Quels seraient les défis que vous pourriez rencontrer lors de l'application du modèle ?	Identifier les difficultés rencontrées lors de l'application du modèle.
Suggestions d'amélioration	Selon vous, quelles améliorations ou compléments pourriez-vous apporter dans votre pratique pour mieux accompagner les résidents âgés souffrant de troubles anxio-dépressifs ?	Recueillir des idées pour améliorer les pratiques actuelles.

II Résumé

Lors d'un stage réalisé en Ehpad, j'ai découvert le rôle essentiel des ergothérapeutes auprès des aînés en perte d'autonomie et d'indépendance. Cela s'explique par le vieillissement, l'apparition de pathologies chroniques ou de troubles cognitifs, impactant le quotidien des personnes, ainsi que leur engagement dans les activités de vie quotidienne. L'institutionnalisation est souvent perçue comme une rupture, pouvant engendrer des troubles anxio-dépressifs. Aujourd'hui, 6 480 000 personnes de 60 ans et plus vivent en établissement. Pourtant, l'aspect motivationnel reste peu exploré, malgré le rôle clé de l'ergothérapeute. L'objectif de l'étude est d'identifier les stratégies mises en place pour soutenir la motivation des résidents et favoriser le sentiment d'accomplissement, en utilisant le modèle conceptuel PEOP (Personne Environnement Occupation et Participation), afin de guider et d'uniformiser la prise en soin des troubles anxiodépressifs.

L'étude se base sur une méthode qualitative, via des entretiens semi-directifs, réalisés auprès d'ergothérapeutes diplômés, rencontrant au quotidien ces troubles en ehpad. L'analyse des résultats est basée sur une grille d'analyse, reprenant les principaux thèmes du cadre théorique.

Il résulte que les quatre professionnels sont confrontés à des résidents qui développent des troubles anxiodépressifs lors d'une entrée, souvent non souhaitée. Or, il n'existe pas de protocole spécifique quant à la prise en soin de ces troubles. Le repérage se fait généralement au moment de l'entrée, par observation de symptômes. Aucun des professionnels utilise de modèle. Tous s'accordent à dire que l'apparition des troubles peut être un réel poids dans l'accompagnement, et qu'un modèle commun permettrait de cadrer les prises en soin.

Le PEOP, permet de guider et d'uniformiser les pratiques ergothérapeutiques, traitant les troubles anxiodépressifs en ehpad. En mettant en lien les facteurs personnels, environnementaux et occupationnels, il offre un cadre, pour adapter les interventions. Des outils spécifiques comme une MCRO, peuvent y être associés, optimisant ainsi le recueil des données et une meilleure compréhension des besoins des résidents.

Mots clés : ehpad, pathologies chroniques, trouble anxiodépressifs, modèle PEOP, pratiques ergothérapeutiques.

III Abstract

During my internship in a nursing home, I discovered the essential role of occupational therapists in supporting elderly people who are losing their independence. This loss, caused by aging, chronic illnesses, or cognitive disorders, affects their daily lives and participation in activities. Admission to an institution is frequently perceived as a rupture, which can lead to the development of anxiety and depressive disorders. Today, 6.48 million people aged 60 and over, live in institutions, yet their motivations are not often studied in occupational therapy. However, occupational therapists have a key role in maintaining occupational engagement and supporting psychological well-being. The objective of the study was to identify the strategies implemented to support the motivation of older adults in nursing homes and to promote a sense of accomplishment, participation, and enjoyment, by using the PEOP conceptual model (Person-Environment-Occupation-Participation) could help guide and standardise occupational therapy practices, while also offering more effective ways to address anxiety and depressive symptoms in institutions.

To conduct this study, a qualitative method was used. Semi-structured interviews were conducted with four certified occupational therapists working in nursing homes, treating anxiety and depression daily. The analysis of the results is structured around an analytical grid, with specific items.

Findings from the interviews show that four professionals frequently face residents developing anxiety and depressive symptoms during an unwanted admission to a nursing home. However, none of them use the same assessments or tools in their practice. The onset of anxiety and depression can be a real challenge in providing proper support.

The PEOP model helps guide and standardise occupational therapy practices for elderly people in nursing homes with anxiety and depression. By connecting personal, environmental, and occupational factors, it provides a structured framework to adapt interventions. Through this model, specific tools like the MCRO (Canadian Occupational Performance Measure) can be integrated, making data collection easier and improving the understanding of residents' needs.

Keywords: Nursing home, chronic conditions, anxiety and depressive disorders, PEOP model, occupational therapy practices.