

Institut de Formation La Musse



Les outils d'évaluation de l'ergothérapeute en Unité de Vie Protégée : utilisation de la MCRO pour favoriser la satisfaction et la participation occupationnelle liées à la réalisation d'occupations significatives auprès des résidents.

Mémoire d'initiation à la recherche

DEJEAN Léo

Etudiant ergothérapeute

Promotion 2023-2026

LOTITO Stéphanie

Maître de mémoire

Hôpital La Musse - Institut de Formation en Ergothérapie La Musse, Pôle de recherche

Saint Sébastien de Morsent, France



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

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

### Article 1 :

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

### Article 2 :

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

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

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

*Je soussigné-e* **DEJEAN Léo** .....

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

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

*Fait à* **Caen** .....

*Le* **02/05/2026** ..... *signature*

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

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

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.



**Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative**  
**Travail individuel**

Je soussigné(e) DEJEAN Léo ..... atteste



Ne pas avoir eu recours  
à l'IA



Avoir généré ce travail  
par l'IA



Avoir utilisé partiellement  
l'IA



Si vous avez utilisé l'IA c'est à des fins de :

**Nom du/des sites utilisés**

<input type="checkbox"/> Corrections orthographiques	
<input checked="" type="checkbox"/> Formulations - reformulations	Claude
<input type="checkbox"/> Créations de titres	
<input checked="" type="checkbox"/> Structurations de paragraphes	Claude
<input type="checkbox"/> Recherche de thématiques	
<input type="checkbox"/> Recherche de bibliographie	
<input type="checkbox"/> Autre(s), précisez :	

Je certifie avoir vérifié et corrigé l'ensemble du contenu et en assumer l'entière responsabilité.

Le 06/05/2026 .....

A Saint-Sébastien-de-Morsent .....

Signature





## **Remerciements :**

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire et à la réussite de mes études en vue d'obtenir le diplôme d'état d'ergothérapie.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à Madame LOTITO Stéphanie, maître de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils, sa disponibilité et sa réactivité tout au long de ce travail.

Je remercie également les ergothérapeutes diplômés d'état qui ont accepté de participer à cette étude ainsi que l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie (IFE) La Musse pour ses enseignements.

Je souhaite aussi remercier mes maîtres de stages qui m'ont accueilli, guidé et fait confiance au cours de mes différentes périodes de stage. Leur encadrement, leurs conseils et leurs partages d'expérience ont été riches et essentiels à mon apprentissage et ma progression.

Je remercie chaleureusement ma famille et mes proches qui m'ont soutenu avec patience et encouragements durant ces années d'études. Leur présence a été essentielle à l'aboutissement de ce projet.

Je n'oublie pas de remercier mes camarades de promotion et plus particulièrement, Camille, Yvanna, Lorelei, Charlotte et Hugues avec qui j'ai eu la chance de partager ces trois années d'études. Nous nous sommes soutenus et motivés ensemble tout au long de notre formation.

Enfin, je remercie toutes les personnes rencontrées au cours de ma formation, qui ont de près ou de loin, participé à mon évolution professionnelle.

## Table des matières

Introduction.....	1
Situation d'appel.....	1
A – Cadre contextuel .....	3
I – Les maladies neurodégénératives.....	3
1 – Généralités .....	3
2 – La maladie d'Alzheimer.....	3
3 – Les symptômes.....	4
4 - Les Maladies apparentées.....	6
5 - Répercussions sur les activités de la vie quotidienne .....	7
II – Les EHPAD .....	8
1 – Présentation générale.....	8
2 – La population .....	8
3 – Les UVP .....	9
4 – Les professionnels en UVP .....	10
III – L'ergothérapie.....	11
1 – Définition.....	11
2 - L'ergothérapie en EHPAD .....	12
3 - L'ergothérapie en UVP.....	13
B – Cadre conceptuel.....	13
I - Les occupations .....	13
1 - Définition .....	13
2 - Les occupations signifiantes .....	14
3 - Les occupations significatives.....	15
II - Participation occupationnelle et satisfaction occupationnelle.....	16
1 – Participation occupationnelle .....	16
2 – Satisfaction occupationnelle.....	17
III – Modèle conceptuel .....	17
1 - Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) .....	18
2 - L'outil de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO).....	19
3 - Application en gériatrie .....	20
C - Problématique et hypothèse .....	21
I - Question de recherche et hypothèse.....	21
D - Cadre méthodologique .....	22
I - Choix de la méthode de recherche.....	22
II - Choix de la méthode d'analyse des données .....	22
III - Choix de la population.....	23
1 - Population cible .....	23

2 - Critères d'inclusion et critères d'exclusion.....	23
3 - Recherche des participants.....	23
E - Résultats et analyse des résultats.....	24
Le profil des participants.....	24
I - Les occupations significantes en UVP.....	24
1 - Présentation des résultats .....	24
2 - Analyse.....	25
II - Les pratiques évaluatives pour déterminer les occupations significantes en UVP .....	26
1 - Présentation des résultats .....	26
2 - Analyse.....	27
III - Le repérage de la satisfaction en UVP .....	28
1 - Présentation des résultats .....	28
2 - Analyse.....	29
IV - La participation occupationnelle en UVP.....	30
1 - Présentation des résultats .....	30
2 - Analyse.....	33
V - Le lien entre satisfaction et participation occupationnelle .....	34
1 - Présentation des résultats .....	34
2 - Analyse.....	34
VI - La MCRO en UVP.....	35
1 - Présentation des résultats .....	35
2 - Analyse.....	37
F – Discussion .....	37
I – Discussion.....	37
II – Retour sur l'hypothèse de recherche .....	40
III – Biais et limites .....	41
1 – Biais.....	41
2 - Limites.....	42
IV - Intérêts de l'étude .....	42
V – Apport personnel.....	42
VI - Perspectives envisagées .....	43
Conclusion .....	44
Bibliographie .....	
Annexes.....	

## Liste des abréviations

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ARS : Agence Régionale de Santé

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

COTID : Community Occupational Therapy in Dementia

DCL : Démence à Corps de Lewy

DFT : Démence Fronto-Temporale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ELADEB : Echelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés et Besoins

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

HAS : Haute Autorité de Santé

IFE : Institut de formation en ergothérapie

MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PEO : Personne, Environnement, Occupation

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

SMR : centre de Soins Médicaux et de Réadaptation

UVP : Unités de Vie Protégée

WFOT : World Federation of Occupational Therapist

# Introduction

En France, environ 1,5 million de personnes sont actuellement atteintes de maladies neurodégénératives, et ce chiffre devrait doubler d'ici 2050. Pour faire face à ces prévisions, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ont développé des unités de vie protégée (UVP), des espaces spécifiquement aménagés pour accueillir les personnes présentant des troubles cognitifs modérés à sévères et des troubles du comportement associés. Ces unités représentent un contexte d'intervention spécifique pour les professionnels de santé qui y interviennent, et notamment pour les ergothérapeutes.

L'ergothérapeute, en tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, fonde sa pratique sur les occupations des personnes qu'il accompagne. Les occupations permettent aux personnes de s'épanouir dans leur vie, elles sont donc fondamentales au quotidien. Lorsque l'on fait face à une maladie neurodégénérative, la vie devient rapidement plus compliquée et une simple tâche peut devenir un vrai défi. Maintenir l'accès à ces occupations, même dans un contexte de troubles cognitifs avancés, représente un enjeu majeur pour la qualité de vie des résidents et leur participation occupationnelle.

Cependant, lorsque les capacités cognitives sont altérées, identifier les occupations et centrer son intervention autour d'elles peut entraîner des difficultés pour l'ergothérapeute. C'est cette difficulté, à laquelle j'ai été confronté lors d'un de mes stages, qui est à l'origine de ce sujet de recherche.

## Situation d'appel

Au cours de mes stages, j'ai pu découvrir différentes méthodes, interventions et lieux d'exercice. Ainsi, lors de mon second stage au sein d'un centre de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), j'ai découvert l'existence de l'outil de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Cet outil, centré sur la personne et ses occupations, m'a beaucoup intéressé et m'a permis de centrer mes prises en soins sur les occupations des personnes.

Mon troisième stage s'est déroulé au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) comportant une Unité de Vie Protégée (UVP). Cette unité accueille des personnes ayant des troubles cognitifs importants et

justifiant la mise en institution adaptée à leurs troubles afin d'assurer leur sécurité. Mon tuteur de stage était à temps partiel et me laissait en autonomie les vendredis après-midi afin d'expérimenter différents outils. J'ai alors eu l'idée d'essayer un entretien avec un résident de l'UVP afin de réaliser une MCRO. Cependant, le recueil d'information s'est avéré compliqué dû aux troubles cognitifs sévères que présentait le résident. Je me suis alors retrouvé en difficulté car les réponses apportées à mes questionnements ne semblaient pas avoir une valeur fiable. Après plusieurs tentatives de questionnements, j'ai pris la décision d'arrêter l'entretien, mais sans abandonner l'idée d'utiliser la MCRO en UVP. Cette expérience a fait émerger un questionnement qui m'a permis d'élaborer ma question de départ :

### **Comment l'ergothérapeute identifie les occupations significantes des résidents en UVP ?**

Afin de répondre à cette question de départ, ce travail s'articule autour de plusieurs parties.

Dans un premier temps, nous présenterons le cadre contextuel dans lequel nous aborderons les maladies neurodégénératives, en nous concentrant particulièrement sur la maladie d'Alzheimer, ses symptômes et ses répercussions sur les activités de la vie quotidienne ainsi que les maladies apparentées. Nous présenterons ensuite le cadre institutionnel autour duquel s'articule ce travail, à travers la présentation des EHPAD, des unités de vie protégée et des professionnels qui y interviennent.

Dans un second temps, le cadre conceptuel développera les concepts centraux de ce travail. Nous définirons d'abord la notion d'occupation, en développant les concepts des occupations significantes et des occupations significatives. Nous aborderons ensuite les concepts de participation occupationnelle et de satisfaction occupationnelle, avant de présenter le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) et son outil d'évaluation, la MCRO.

Ces deux parties nous permettront de formuler notre question de recherche et notre hypothèse, avant de présenter le cadre méthodologique mis en place pour y répondre.

Ensuite, les résultats obtenus seront présentés et analysés, et feront l'objet d'une discussion permettant de confronter nos résultats à notre hypothèse de départ.

Enfin, nous terminerons ce travail par une conclusion.

# A – Cadre contextuel

## I – Les maladies neurodégénératives

### 1 – Généralités

Les maladies neurodégénératives sont des maladies chroniques progressives affectant le système nerveux central. Elles sont caractérisées par une perte progressive des synapses suivie d'une perte de neurones qui, par la suite, mènent à des pertes fonctionnelles telles qu'un déclin cognitif, une démence et une perte des fonctions motrices (Tison et al., 2022).

L'apparition de ces maladies ne cesse de croître depuis le début des années 2000 et leur fréquence augmente en fonction de l'avancée en âge. En France, environ 1,5 million de personnes sont concernées par les maladies neurodégénératives et il est prévu que ce chiffre double d'ici à 2050 (*Ministère des Solidarités, 2023*).

En France, on recense principalement 3 pathologies neuro dégénératives, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) (Santé Publique France, 2023). Chacune de ces maladies entraîne des déficiences différentes, bien qu'on remarque des similitudes, mais elles ont un point commun majeur : leurs effets évoluent progressivement avec le temps et entraînent une perte d'autonomie progressive.

Dans le cadre de notre sujet, nous axerons la réflexion autour de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, retrouvées majoritairement au sein des UVP.

### 2 – La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est définie comme le résultat d'une lente dégénérescence des neurones du cerveau, elle débute à un endroit clé du cerveau : l'hippocampe, jusqu'à se développer progressivement à son entièreté (Inserm, 2025). Il existe plusieurs stades d'évolution de la maladie allant du stade 1, à laquelle on ne constate aucune déficience cognitive, jusqu'au stade 7 où l'on a une forme sévère de la maladie avec un déclin cognitif important et une dépendance accrue.

En France, on estime que le nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer est d'environ 1,2 million en 2025 et ce chiffre devrait presque doubler en 2050 (*Leroux,*

2025). Elle est la principale cause de démence en France, selon Santé Publique France, elle représentait environ 70% des démences en 2016 (Santé Publique France, 2022). C'est une maladie dont la fréquence d'apparition augmente en fonction de l'avancée en âge. En effet, en France, on dénombre 1,5% de la population atteinte de la maladie à l'âge de 65 ans contre 30% à partir de 80 ans et on estime près de 165 000 nouveaux malades par an (Ministère de la Santé, s. d.). Aussi, on note une prédominance importante chez les femmes avec une incidence d'environ deux fois supérieure comparée aux hommes (Institut Pasteur, 2023).

Afin d'accompagner au mieux les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ont été créés depuis 2001 des « plans Alzheimer ». Il y a eu au total 3 plans Alzheimer, le premier de 2001 à 2004, le second de 2004 à 2008 et le dernier de 2008 à 2012. Ensuite, ces plans ont continué d'exister mais leur nom a été modifié à Plan Maladies Neurodégénératives pour prendre en compte davantage de maladies neurodégénératives. Ces plans ont pour objectifs d'améliorer la recherche afin de comprendre la maladie d'Alzheimer et d'accompagner les personnes et leur famille.

Le dernier plan du gouvernement a été lancé le 4 septembre 2025, il est nommé Stratégie nationale Maladies Neurodégénératives 2025-2030. Dans ce plan, on retrouve 6 axes majeurs : Informer et changer le regard, Prévenir et repérer plus tôt, Améliorer la prise en charge et soutenir les aidants, Renforcer l'accompagnement à domicile, Répondre aux besoins complexes en établissements, Stimuler la recherche et l'innovation (Ministère des Solidarités, 2023).

À une plus grande échelle, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a lancé en mai 2017 un Plan mondial d'action de santé publique contre la démence dont fait partie la maladie d'Alzheimer. Ce plan a pour but de « *faire de la démence une priorité de santé publique, accroître la sensibilisation à la démence et créer une société qui inclue les personnes atteintes de démence, réduire les risques associés à la démence, assurer un diagnostic, traitement et soins, établir des systèmes d'information sur la démence, apporter un soutien aux aidants, favoriser la recherche et l'innovation* » (OMS, 2025). Aussi bien au niveau mondial que Français, les démences et la maladie d'Alzheimer sont des enjeux majeurs de santé publique.

### 3 – Les symptômes

Les symptômes de la maladie d'Alzheimer sont précis. Ils débutent dans la majorité des cas par des amnésies, qui, lorsqu'elles sont fréquentes, entraînent une

désorientation ou un changement de comportement et deviennent alors un signe majeur de la maladie (France Alzheimer, s.d). Les amnésies sont des pertes de mémoire. Il existe plusieurs types de mémoire. Selon France Alzheimer, les mémoires affectées par la maladie d'Alzheimer sont la mémoire sémantique, de travail et la mémoire épisodique. La mémoire sensorielle quant à elle est la moins affectée par cette maladie (France Alzheimer, 2021).

Ensuite, il y a l'apraxie, qui correspond à des difficultés d'utilisation de différents objets de la vie quotidienne. Il peut arriver de ne plus savoir comment utiliser un objet pourtant courant du quotidien.

Les fonctions exécutives sont également atteintes, elles correspondent à l'inhibition, la flexibilité mentale, la planification, la mémoire de travail et l'attention. Elles servent à entreprendre une tâche et la réaliser dans son entièreté, en contournant les difficultés s'il y en a.

L'aphasie est une atteinte de langage fréquente, on la remarque généralement par des manques du mot comme, par exemple, ne plus savoir mettre un mot sur un objet pourtant couramment utilisé au quotidien.

Il est possible que la personne devienne apathique et que des changements dans son comportement apparaissent. Ceci va être caractérisé par une perte d'intérêt et de motivation pour des activités qui faisaient partie du quotidien de la personne associée à un comportement anxieux ou l'apparition d'hallucinations provoquant des comportements inhabituels.

La désorientation temporo-spatiale est également présente, il est possible que la personne se retrouve perdue dans un endroit qui lui est familier ou bien qu'elle ne reconnaisse plus la date ou l'heure de la journée ou d'un évènement.

Des difficultés cognitives peuvent apparaître, les tâches simples de la vie quotidienne peuvent devenir des tâches complexes qui prennent plus de temps à résoudre, apportant de la frustration ou un sentiment d'impuissance (Fondation Alzheimer, 2023).

Bien que d'autres symptômes soient présents dans la maladie d'Alzheimer, ceux cités précédemment sont les plus fréquents.

## 4 - Les Maladies apparentées

### *a- La démence à corps de Lewy*

La démence à corps de Lewy (DCL) est la deuxième cause de démence dégénérative après la maladie d'Alzheimer, représentant entre 10 et 20 % des démences. Elle touche principalement les personnes de plus de 60 ans et son évolution est plus imprévisible que celle de la maladie d'Alzheimer, avec une survie généralement plus courte.

Il existe trois critères pour reconnaître une DCL. Le premier est la fluctuation cognitive, l'attention et la vigilance varient de façon importante au cours de la journée, avec des épisodes de somnolence prolongée, de mutisme ou de désorganisation du langage. Le deuxième critère est la présence d'hallucinations visuelles, souvent précoces et récurrentes, sous forme de personnages ou d'animaux perçus comme réels par la personne. Enfin, un syndrome parkinsonien est fréquemment associé, se traduisant par des troubles de la marche et une akinésie.

À ces critères s'ajoutent d'autres symptômes courants comme des troubles des fonctions exécutives et visuo-spatiales, une dépression dans environ la moitié des cas, ou encore des troubles du comportement nocturne. (*de la Sayette et al., 2012*)

### *b- La démence fronto-temporale*

La démence fronto-temporale (DFT) représente environ 10% des démences. Elle se distingue des autres démences par son âge de début précoce, entre 55 et 65 ans, et touche presque autant les hommes que les femmes. La DFT affecte la personnalité, le comportement et le langage tandis que la mémoire reste préservée au début de la maladie.

Les symptômes varient selon les zones du cerveau qui sont atteintes. La forme la plus fréquente est la variante comportementale, dans laquelle on observe des changements importants de personnalité et de comportement social, les personnes peuvent devenir impulsives, perdre leurs inhibitions, négligent leur hygiène ou adoptent des comportements répétitifs et stéréotypés. La fluence verbale est progressivement réduite, pouvant aller jusqu'au mutisme. Une autre forme, l'aphasie primitive évolutive, se caractérise quant à elle par une détérioration progressive du langage se traduisant par des difficultés à trouver ses mots, des troubles de la compréhension ainsi que la dysarthrie (Huang, 2025a).

### *c- Démence vasculaire*

La démence vasculaire est la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer. Elle touche principalement les hommes et débute après 70 ans. Elle est plus fréquente chez les personnes présentant des facteurs de risque vasculaire tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou le tabagisme.

Ses symptômes sont proches de ceux des autres démences, perte de mémoire, altération des fonctions exécutives, troubles du langage et modifications de la personnalité. Cependant, contrairement à la maladie d'Alzheimer, les troubles de la mémoire apparaissent plus tardivement tandis que les fonctions exécutives sont atteintes en priorité. Son évolution se distingue également par une progression par étapes. À mesure que la maladie progresse, des déficits neurologiques focaux peuvent apparaître comme des troubles de la marche, une faiblesse d'un membre ou des troubles du langage (Huang, 2025b).

Ainsi, ces différentes pathologies et leurs différentes atteintes entraînent des difficultés dans la vie quotidienne des personnes.

## **5 - Répercussions sur les activités de la vie quotidienne**

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ont un impact majeur dans la réalisation des activités de la vie quotidienne des personnes âgées qui en sont atteintes. Les différentes atteintes que nous avons évoquées précédemment entraînent des difficultés dans la réalisation et l'organisation des tâches les plus simples telles que la toilette, l'habillage ou encore la prise des repas, entre autres. Les difficultés rencontrées peuvent amener la personne à se retrouver face à des situations de mise en danger. En fonction du stade de l'évolution de la maladie, l'autonomie de la personne va être de plus en plus dégradée, entraînant une dépendance accrue au fil du temps (Tekin et al., 2001).

Les capacités de communication se dégradent également, complexifiant l'expression des besoins, des émotions et des ressentis de la personne. Aussi, il est possible d'observer des modifications du comportement et de l'humeur se manifestant sous forme d'irritabilité, d'anxiété, de dépression et d'apathie (Tekin et al., 2001), ce qui renforce l'exclusion sociale. La maladie altère également la capacité de raisonnement et de jugement de la personne, augmentant les risques de se retrouver en situation de danger au quotidien.

Ces mises en danger peuvent être de diverses natures, parmi elles, on retrouve notamment les risques de chutes, d'étouffement, d'intoxication médicamenteuse accidentelle, de suicide, d'homicide et d'accidents de la route (Chen et al., 2018).

Ces difficultés et les mises en danger que l'on retrouve au quotidien chez les personnes atteintes de ce type de maladies *entraînent* une entrée en institution, parfois par choix, parfois par contrainte (Berhuet et al., s. d.).

## II – Les EHPAD

### 1 – Présentation générale

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil de jour et de nuit en chambre. Le but de ce type d'établissement est d'accueillir et d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables afin de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin (Les EHPAD, 2025). En moyenne, les établissements accueillent entre 50 et 120 résidents de plus de 60 ans.

Il est important de préciser que la dénomination « EHPAD » est amenée à évoluer. La ministre de l'Autonomie et des personnes handicapées a annoncé que les EHPAD devraient être renommés « Maisons France Autonomie » à partir de 2027. Dans le cadre de ce travail, nous conserverons le terme EHPAD puisque c'est la dénomination officielle à ce jour (C.M. & AFP, 2026).

### 2 – La population

L'entrée en EHPAD est soumise à certaines conditions. En effet, il faut avoir besoin de soins et d'aide au quotidien pour réaliser les actes de la vie courante et être âgé d'au moins 60 ans. Néanmoins, certaines personnes peuvent accéder à un EHPAD avant 60 ans, grâce à une dérogation accordée par l'administration du département de l'établissement d'accueil. Selon la DREES, seulement 3% des résidents en EHPAD ont moins de 60 ans (Ricroch, 2024).

En 2019, le nombre de résidents en EHPAD était d'environ 661 500 résidents, pour un âge moyen de 86 ans et 10 mois (Ballavoine, 2022). Toujours selon Ballavoine, sur ce total, 66 800 résidents ont moins de 75 ans contre 527 900 personnes âgées de 75 ans ou plus, ce qui montre une prédominance importante des personnes de plus de 75 ans dans ces établissements. Aussi, parmi les résidents de 75 ans ou plus, 53,1%

sont atteints de maladies neurodégénératives, contre 42,3% chez les moins de 75 ans (Ricroch, 2024).

Au sein des EHPAD, des Unités de Vie Protégée ont été créés pour accueillir ces personnes, afin de leur offrir un environnement adapté à leurs troubles cognitifs.

### 3 – Les UVP

Les unités de vie protégée sont des services de soins de petite taille située au sein d'un EHPAD. Elles ont généralement une capacité d'accueil de 10 à 20 résidents, variant en fonction de l'établissement. L'organisation se fait de façon à ce que les chambres des résidents soient réparties autour d'une salle commune qui permet de partager des repas et de participer à des activités collectives par la même occasion. Ce type d'unité est destiné aux personnes atteintes de pathologies démentielles comme la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés (ARS, 2025). Les UVP sont des « *lieux de vie et d'hébergement clos, sécurisés et adaptés aux symptômes générés par la maladie d'Alzheimer ou apparentée : démence, désorientation, angoisse, déambulation, troubles du comportement, désinhibition, etc.* » (DREES, 2016.)

Les publics accueillis dans ces unités de vie protégées sont des personnes d'âges variés, bien que la majorité des personnes aient plus de 75 ans. En effet, parmi les 527 900 personnes de plus de 75 ans vivant en EHPAD, 14,5% d'entre elles vivent au sein des UVP, contre 13% des 66 800 personnes de moins de 75 ans vivant en EHPAD se retrouvant en UVP. Ainsi on retrouve une majorité de personnes de plus de 75 ans dans ce type d'unité (DREES, 2024).

Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'objectif des UVP est d'accompagner les résidents en leur proposant la meilleure qualité de vie possible. Pour ce faire, ils proposent un accompagnement global adapté à chaque résident en vue de fournir « *un accompagnement spécifique et adapté aux troubles du comportement leur permettant ainsi d'évoluer dans un cadre sécurisé et sécurisant ; une participation active de leurs proches aidants, associée le plus possible au projet d'accompagnement ; une prise en charge effectuée par des professionnels formés et volontaires ; une organisation adaptée au public accueil* » (ARS, 2025).

Pour accompagner au mieux ces personnes, les UVP proposent des organisations architecturales adaptées aux différents troubles rencontrés afin de favoriser le bien-

être des résidents. L'organisation dépend de la structure d'accueil, mais certains points sont mis en avant tels que la présence de « *chambres individuelles, d'espaces collectifs de circulation favorisant la déambulation des personnes, d'un espace détente privilégiant le bien-être, d'une salle à manger dédiée, d'accès à des espaces extérieurs, sécurisés, rassurants et accueillants, dans la mesure du possible visibles depuis l'intérieur de l'unité* ». L'UVP est organisée de façon à ce que les résidents puissent déambuler de façon libre, sans mise en danger. Aussi, afin d'éviter les fugues ou les mises en danger, les entrées et sorties de l'UVP sont sécurisées (ARS 2025).

Nous allons maintenant voir les différents professionnels qui interviennent au quotidien auprès des résidents de l'UVP.

#### 4 – Les professionnels en UVP

Au sein des UVP, plusieurs professionnels interviennent dont : l'Assistant de Soin en Gériatrie (ASG), le psychomotricien, le psychologue, l'animateur et l'ergothérapeute. Ces professionnels, travaillent en collaboration, et chacun a un rôle spécifique dans la structure. Ils ont cependant des tâches et des missions croisées qui entraînent un questionnement sur les limites des champs d'intervention de chacun des professionnels.

L'assistant de soins en gériatrie (ASG) est un aide-soignant spécialisé dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Son rôle au sein des unités spécifiques est d'aider les résidents à maintenir leur autonomie dans les actes du quotidien, en adaptant son accompagnement aux capacités et aux besoins de chacun. Il propose également des animations thérapeutiques, individuelles ou collectives, comme des ateliers cuisine, des activités de jardinage ou des ateliers mémoire, visant à atténuer les troubles du comportement et à préserver le lien social. L'ASG travaille en étroite collaboration avec les autres professionnels de l'équipe, notamment les psychologues, les psychomotriciens et les ergothérapeutes (Pour les personnes âgées, 2024).

D'après l'HAS, le psychomotricien intervient auprès des résidents en adoptant une approche globale qui prend en compte les aspects moteurs, psychiques et sensoriels. Il évalue les fonctions psychomotrices du résident ainsi que l'impact de l'environnement sur son comportement. Ses interventions s'adaptent en fonction des stades de la maladie d'Alzheimer ou de la maladie apparentée. Pour les personnes aux stades légers, il travaille sur l'équilibre et la prévention des chutes ainsi que sur la

gestion du stress et de l'anxiété. Pour les stades modérés, il propose des stimulations sensorielles visant à renforcer la compréhension de l'environnement. Pour les stades sévères, son intervention se concentre sur le maintien des capacités relationnelles et motrices. Pour le psychomotricien, les troubles du comportement sont avant tout un mode d'expression, ce qui oriente son action vers leur compréhension et leur prévention plutôt que vers leur gestion (HAS, 2018).

L'intervention d'un psychologue est également importante. Son rôle est de fournir un soutien psychologique aux résidents et aux proches par le biais de groupes de parole ou d'entretiens individualisés (ANESM,2009.). Les entretiens individuels réalisés avec le résident lui permettent de parler de son quotidien, de ses difficultés, de son environnement de vie et des liens qu'il a pu nouer au sein de l'institution. Ainsi, l'objectif est de permettre à la personne de s'exprimer sur ses émotions et ses ressentis. Il réalise aussi des « *préconisations sur l'organisation des repas dans le but de limiter les sollicitations sensorielles parasitantes, réfléchir au placement à table, nommer les aliments présents dans les assiettes, surtout quand il s'agit de plats mixés, va faciliter le déroulement du repas* ». Il a également un rôle à jouer sur l'architecture et l'organisation de l'environnement des UVP (Mignot, 2012).

Les animateurs représentent 1,4% des professionnels présents au sein de ce type d'établissement (Lambelet et al., 2017). L'animateur agit dans le but de préserver la vie sociale des résidents en EHPAD : il crée des activités afin de divertir les résidents, il encourage les échanges et veille à ce que chacun trouve sa place au sein de la structure, son but est d'animer le quotidien des résidents en créant des moments de plaisir, de partage et d'épanouissement."(France Travail, 2025), en tenant compte de ce qu'ils pratiquaient avant leur entrée en établissement (Lambelet et al., 2017).

L'ergothérapeute, quant à lui, est détaillé dans la partie suivante.

## III – L'ergothérapie

### 1 – Définition

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est « *un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social* »[...]. Il est « *le spécialiste du rapport entre l'activité et la santé* ». Il joue un rôle de prévention au sein des établissements et assure l'accessibilité et la sécurité des personnes dans leur différentes occupations (ANFE,

s. d.). Son objectif est de promouvoir l'autonomie et l'indépendance des personnes dans leur vie quotidienne. Le champ d'action et le métier d'ergothérapeute est règlementé par l'article L4331-1 du Code de la santé publique (Code de la santé publique, 2025). Aussi, l'ergothérapeute intervient uniquement dans le cadre d'une prescription médicale.

## 2 - L'ergothérapie en EHPAD

Toujours selon l'ANFE, le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD est recensé sous 5 « commandements ». Ces « commandements » visent à une intervention pour favoriser l'autonomie des résidents dans les activités de la vie quotidienne.

L'ergothérapeute en EHPAD intervient dans plusieurs domaines complémentaires. Il est important de présenter son champ d'action aux autres professionnels de l'établissement, afin d'être clairement identifié au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Il doit veiller à l'installation et au positionnement des résidents, en préconisant des aides techniques adaptées afin de limiter les risques d'escarres, réduire les troubles orthopédiques et éviter le recours à des contentions inutiles.

L'ergothérapeute évalue l'autonomie des résidents dans les activités de la vie quotidienne, notamment lors de leur entrée dans l'établissement ou après un changement de leur état de santé. À partir de cette évaluation, il propose une prise en charge rééducative ou réadaptative et met en place des stratégies de compensation et des aides techniques adaptées.

Il assure également le lien avec les soignants afin que les accompagnements qui ont été mis en place soient bien utilisés au quotidien.

Dans le domaine des troubles cognitifs, moteurs et sensoriels, l'ergothérapeute stimule les capacités restantes des résidents, il adapte l'environnement et propose des ateliers de groupe.

Enfin, il joue un rôle de formation et de conseil auprès des équipes soignantes, notamment sur les techniques de transfert et la prévention des troubles musculo-squelettiques.

Chaque intervention de l'ergothérapeute, qu'importe la forme qu'elle prend, a toujours un objectif thérapeutique. De par ses actions, il permet un maintien des capacités et des activités de la vie quotidienne. En somme, il participe au bien-être global des résidents de par son approche holistique (ANFE, 2015).

### 3 - L'ergothérapie en UVP

Selon les recommandations de l'HAS, le rôle de l'ergothérapeute intervenant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est vaste. On retrouve, entre autres, le maintien des capacités de participation aux Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), le renforcement des stratégies compensatoires et les performances lors des AVQ telles que la toilette, l'habillage ou le repas, la prévention des risques de chute ou encore, la favorisation de la vie sociale (HAS, 2010).

## B – Cadre conceptuel

### I - Les occupations

#### 1 - Définition

Le terme « occupation » correspond, selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), à « *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité)* » (ACE, 1997, 2002, cité dans ACE, 2008). La World Federation of Occupational Therapists (WFOT) ajoute que les occupations correspondent « *aux activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie. Les occupations comprennent les choses dont les gens ont besoin, veulent et sont censés faire* » (WFOT, cité dans ANFE, 2018). Ces deux définitions sont complémentaires et permettent une vision globale de l'occupation. L'ACE met en avant l'aspect social et culturel ainsi que la signification et la valeur données à ces occupations. Par ailleurs, elle distingue trois catégories d'occupations que nous reverrons avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). La WFOT vient enrichir cette version en ajoutant un aspect plus individualisé tout en mettant l'accent sur le sens que représentent ces occupations dans la vie des personnes.

Dans son article « L'occupation, concept central de l'ergothérapie », Meyer ajoute : « *Les occupations sont ce que les gens font et la manière dont ils le font, rarement ou*

*habituellement. Elles sont individuelles, partagées, interdépendantes ou collectives. Elles occupent du temps et changent au fil du temps. Elles existent dans l'environnement physique, social et culturel, et organisent la vie et contribuent à la société »* (Johnson & Dickie, 2019, cité dans Meyer, 2020). Pierce établit qu'« *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio- culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues.* »(Pierce, 2016). Ces auteurs apportent chacun leur définition sur le terme occupation, bien qu'il y ait des différences, la présence d'un contexte social, culturel, temporel et en lien avec l'histoire et l'identité de la personne est présent dans chacune des définitions. L'occupation a une symbolique, elle a un sens pour la personne qui la réalise.

Comme nous l'avons vu avec la définition de la WFOT, les occupations regroupent ce dont les personnes ont besoin, veulent et sont censées faire. À partir de cette définition, il est possible de différencier deux types d'occupations.

Les occupations significatives correspondent à ce que la personne a besoin de faire et est censée faire, ce sont des activités qui ont une utilité dans sa vie quotidienne.

Les occupations signifiantes, quant à elles, correspondent à ce que la personne veut et souhaite faire, ce sont des activités qui ont un sens particulier pour elle, en lien avec son histoire, ses valeurs et ses centres d'intérêt.

## 2 - Les occupations signifiantes

En ergothérapie, le terme occupation signifiante est utilisé lorsque l'on parle d'une occupation qui est importante pour la personne, qui a un sens pour elle et qui apporte à la personne de la satisfaction et du bien-être. Selon plusieurs auteurs, une occupation se définit en fonction du « *contexte où elle se situe, des possibilités occupationnelles qui y existent et du fait qu'elle permette à la personne d'entrer en relation de manière satisfaisante et de s'affilier* » (Ikiugu et al., 2016 ; Ikiugu & Pollard, 2015 ; Leufstadius et al., 2008 ; Lin et al., 2009 ; Reed et al., 2010 ; Reed et al., 2011, cités dans Vallée, 2018). Une occupation apportant du plaisir et de la satisfaction contribue à ce qu'elle soit perçue comme une signifiante (Eakman et al., 2010). Aussi, l'occupation signifiante peut être perçue comme une occupation que la personne

considère comme importante dans sa vie (Maruta et al., 2020, cité dans Ishikawa et al., 2024). Ainsi, une occupation signifiante peut être déterminée lorsque la personne identifie une activité comme importante pour elle et que la réalisation de celle-ci lui procure de la satisfaction.

D'après la WFOT, l'ergothérapie favorise la santé et le bien-être en encourageant la participation à des activités signifiantes que les personnes souhaitent, ont besoin ou sont censées accomplir (WFOT, 2025). Ainsi, le concept d'occupation signifiante est central en ergothérapie car l'ergothérapeute fonde sa pratique sur les occupations signifiantes des personnes.

L'ergothérapeute adapte son intervention en se basant sur les occupations de ses résidents, il va utiliser les occupations des personnes pour travailler leurs capacités physiques, cognitives et mentales.

En UVP, il peut être difficile de maintenir les occupations des résidents, compte tenu des pathologies qui peuvent entraîner une perte d'autonomie et de motivation, mais également de l'environnement fermé qui peut limiter la mise en place d'occupations. L'intervention de l'ergothérapeute est d'autant plus importante dans ce type d'unité afin de conserver le sens et les émotions qu'apportent les occupations des résidents.

### 3 - Les occupations significatives

Les occupations significatives sont complémentaires aux occupations signifiantes. Cette distinction, propre à la littérature francophone en ergothérapie, permet de différencier deux types d'occupations. Les occupations significatives correspondent aux activités nécessaires à réaliser au quotidien, à ce que la société attend des individus afin de répondre aux exigences attendues par celle-ci. Elles ont un sens qui se réfère à l'environnement social de la personne et contribuent à son intégration sociale et à sa participation dans la société. Ainsi, la réalisation de ces occupations permet à la personne d'être reconnue au sein de la société, de se sentir utile et de lui apporter de la satisfaction (Djaoui, 2015). Les occupations significatives renvoient à ce qu'on attend d'une personne afin de pouvoir vivre et participer au développement de la société en général.

## II - Participation occupationnelle et satisfaction occupationnelle

### 1 – Participation occupationnelle

La participation occupationnelle est un concept central en ergothérapie qui désigne l'engagement d'une personne dans ses occupations. Kielhofner la définit comme « *le fait de s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne. La participation occupationnelle correspond à un engagement qui implique non seulement la réalisation d'activités mais aussi l'expérience subjective dans l'agir* » (Kielhofner, 2008, p.101-102, cité dans ANFE, 2018). Cette définition met en avant deux aspects importants de la participation. Le fait de s'engager dans des « *occupations désirées et nécessaires pour la personne* » fait le lien avec les occupations significatives et significatives évoquées précédemment. Aussi, la participation n'est pas seulement la réalisation d'une activité, elle comprend également la personne dans l'agir ce qui permet de faire un lien avec les émotions qu'apporte l'occupation et la satisfaction qui en découle. Cependant, la « *participation à une occupation est un phénomène complexe ; des facteurs physiques, psychologiques, sociaux, culturels et politiques ont une influence sur le bien-être occupationnel et sur la dysfonction* (Whiteford et al., 2000 ; Wilcock, 1998, cités dans ACE, 2008).

La participation occupationnelle est directement influencée par les capacités cognitives de la personne, notamment dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Connor et al. (2016) montrent qu'il existe un lien entre les fonctions exécutives, la mémoire et la participation aux activités quotidiennes. De meilleures capacités cognitives correspondent à moins d'abandon d'activités et à un moindre besoin d'aide pour les soins personnels. Ils soulignent également qu'un engagement plus important dans les activités courantes est associé à moins de troubles du comportement. Toujours d'après Connor et al., « *si un soutien cognitif était apporté pour contourner une faible performance exécutive, la personne ayant une maladie d'Alzheimer pourrait rester engagée dans une occupation, elle pourrait nécessiter moins d'aide pour les soins personnels, elle montrerait moins de comportements perturbateurs* » (Connor et al., 2016). Cela confirme l'intérêt d'interventions fondées sur l'occupation pour maintenir la participation occupationnelle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, y compris à des stades avancés de la maladie. Cela permet de faire un

lien entre l'intervention sur les occupations significatives de l'ergothérapeute et les résidents que l'on retrouve dans le contexte de l'UVP.

## 2 – Satisfaction occupationnelle

Selon la MCRO, la satisfaction se définit comme l'évaluation subjective de la façon dont la personne réalise ses occupations. Elle est cotée sur une échelle de 1 à 10, la personne évalue si la manière dont elle réalise actuellement son occupation lui convient ou non (ANFE, 2019). La personne elle-même juge si sa façon de réaliser une occupation est satisfaisante, ce qui met en avant la dimension subjective de la satisfaction. Ainsi, lorsque les occupations réalisées correspondent aux capacités de la personne et aux possibilités offertes par son environnement, la satisfaction occupationnelle contribue à son bien-être et à sa qualité de vie.

La satisfaction occupationnelle est un lien direct avec la réalisation d'occupations significatives mais ne dépend pas uniquement de ces occupations. En effet, les capacités et les caractéristiques des personnes ainsi que leur environnement sont également mis en jeu dans la notion de satisfaction. C'est lorsque ces trois éléments sont adaptés à la personne qu'elle peut participer à ses occupations et être satisfaite de réaliser son occupation (Whiteford et al., 2000 ; Wilcock, 1998, cités dans ACE, 2008). Dans le cadre de ce travail, l'environnement contraint que représente l'UVP favorise les déambulations et offre une prévention des mises en danger mais réduit la possibilité des résidents de participer à leurs occupations significatives et ainsi être satisfaits. Aussi, les troubles cognitifs liés aux différentes pathologies influencent la satisfaction lors de la réalisation des occupations en limitant les capacités des résidents. Ces deux éléments peuvent donc avoir un impact sur la satisfaction occupationnelle des résidents.

## III – Modèle conceptuel

Afin de permettre l'observation et l'analyse des situations vécues par les personnes en ergothérapie des modèles conceptuels sont utilisés. Ces modèles permettent de requérir des informations par le biais de différents prismes, différentes visions de la personne, de son environnement et de ses occupations en fonction du modèle choisi.

## 1 - Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Le MCREO est un modèle conceptuel en ergothérapie développé en 1983 par l'ACE suite à la demande des politiques canadiennes de justifier l'impact des actions des ergothérapeutes sur la santé des citoyens (ANFE,2019.). Ce modèle a ensuite évolué pour devenir celui que l'on retrouve en annexe I.

C'est un modèle de type PEO : Personne, Environnement, Occupation. C'est-à-dire qu'il va prendre en considération plusieurs composantes : la personne, son environnement et ses occupations.

La pratique centrée sur le « client » est un principe majeur du MCREO. Dans ce modèle, c'est la personne elle-même qui définit ce qui est important pour elle et qui identifie ses priorités occupationnelles, et non le thérapeute qui décide à sa place. Le rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner la personne dans cette démarche, en partant des besoins et des envies qu'elle exprime. Ce principe justifie l'utilisation de la MCRO comme outil d'évaluation. En permettant au résident d'identifier lui-même ses occupations prioritaires, l'ergothérapeute s'assure que son intervention est bien centrée sur ce qui a du sens pour la personne.

Dans ce modèle, l'occupation a un rôle majeur puisqu'il fait le lien entre la personne et son environnement, c'est pour cette raison qu'il se retrouve au centre de la modélisation.

La composante « occupationnelle » est regroupée en trois dimensions distinctes : les soins personnels, les occupations productives et les occupations de loisirs. Les soins personnels correspondent à l'habillage, la toilette, le repas... Les occupations de productivité sont le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer les activités scolaires, entre autres. Ces occupations informent sur la participation de la personne dans sa vie quotidienne.

La composante « environnementale » comprend quatre dimensions. La dimension physique dans laquelle on retrouve ce qui va être lié à l'aménagement, l'accessibilité et la sécurité du logement. La dimension culturelle regroupe les valeurs, les traditions et les habitudes de vie des personnes. La dimension institutionnelle représente les lois, le règlement, les services. La dimension sociale concerne la famille, les amis, les personnes que l'on côtoie.

La composante de la « personne » s'articule également sous quatre dimensions. On retrouve la dimension physique qui correspond aux capacités motrices et cognitives. La dimension cognitive qui se compose de la mémoire, de l'attention et du jugement. La dimension affective avec la motivation, les émotions et l'estime de soi. Et la dimension spirituelle correspondant au sens que l'on donne à la vie et aux occupations que l'on réalise (Morel-Bracq, 2017).

Il existe une nouvelle version du MCREO, intégrant la participation occupationnelle au sein du modèle, on le retrouve sous le nom de Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO). Cette nouvelle version du MCREO, qui s'oriente vers la participation occupationnelle, aurait été un choix plus judicieux dans le cadre de ce travail mais l'outil est récent (2022) ce qui entraîne un manque de littérature concernant son utilisation. C'est donc pour cette raison que nous avons fait le choix de poursuivre avec le MCREO.

Du modèle du MCREO découle une évaluation normée la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) destinée à la pratique professionnelle des ergothérapeutes.

## 2 - L'outil de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)

La MCRO est un outil d'évaluation en ergothérapie qui s'organise autour d'un entretien semi-structuré (Annexe II). C'est un outil standardisé offrant une « *mesure fiable, adaptable et cliniquement utile pour les patients mais aussi pour leurs proches* ». Elle permet, au travers d'un entretien avec la personne, d'identifier le profil occupationnel ainsi que les difficultés rencontrées dans la réalisation de ces occupations. Une fois les occupations de la personne recensées, elle doit auto-évaluer le rendement et la satisfaction qu'elle ressent dans la réalisation actuelle des occupations. Puisqu'il s'agit d'un outil standardisé, l'ergothérapeute doit se référer au manuel de passation et suivre les indications lorsqu'il utilise la MCRO lors de son intervention (Law et al., 1997, cité dans ANFE, 2019).

Le rendement peut être défini comme « les niveaux de capacité d'agir » (ANFE, 2019). Il est possible de traduire le rendement par l'évaluation de la performance ressentie dans la réalisation d'une occupation. L'objectif est de connaître à quel degré la personne perçoit sa capacité à réaliser l'occupation.

Le rendement et la satisfaction sont cotés sur une échelle de 1 à 10, 1 étant la cotation minimale et 10 la cotation maximale. Par conséquent, si une personne estime être performante dans une occupation et être satisfaite de comment elle la réalise, alors la cotation du rendement et de la satisfaction sera de 10, dans le cas contraire, les cotations se rapprocheront de 1.

La satisfaction a déjà été définie précédemment nous ne reviendront pas dessus dans cette partie.

Les occupations doivent ensuite être classées par ordre d'importance sur une échelle de 1 à 10. Plus la cotation est élevée, plus l'occupation cotée sera importante pour la personne, et donc, l'ergothérapeute pourra favoriser l'utilisation de cette occupation en priorité lors de son intervention.

L'objectif de la MCRO est de centrer l'intervention des ergothérapeutes sur les occupations importantes des personnes, afin d'avoir une approche centrée sur la personne et ses occupations.

### 3 - Application en gériatrie

L'application de la MCRO en gériatrie est possible, même lorsque les personnes sont atteintes de pathologie comme la maladie d'Alzheimer, « *Graff (2013), dans le cadre de la méthode Community Occupational Therapy in Dementia (COTID), utilise la MCRO dans un entretien auprès de la personne ayant une maladie d'Alzheimer et son proche aidant* » (Graff, 2013, cité dans ANFE, 2019).

Toutes les dimensions ne sont pas spécifiquement applicables en EHPAD et en UVP, mais elles sont adaptables. Par exemple, si l'on prend la productivité, les personnes ne vont plus à l'école ou au travail mais il est possible d'adapter et de faire un lien avec la participation aux tâches ménagères comme plier du linge, mettre la table ou bien arroser les fleurs... McColl et al. montrent qu'il est possible d'adapter cet outil selon les besoins, « *McColl M.A. et al. (2005) démontrent la souplesse de cette mesure et souligne la possibilité d'adaptation de l'outil pour capter les différentes attentes et besoins des personnes* » (McColl et al., 2005, cité dans ANFE, 2019).

En utilisant la MCRO auprès des résidents de l'UVP, le résident peut identifier, lors de l'entretien avec l'ergothérapeute, les occupations qu'il estime importantes et souhaite continuer de réaliser. Ainsi, l'ergothérapeute peut adapter son intervention en s'appuyant sur les occupations identifiées. En orientant son intervention vers les

occupations significantes, l'ergothérapeute favorise la participation occupationnelle des résidents et la satisfaction que leur apporte la réalisation de ces occupations.

## C - Problématique et hypothèse

### I - Question de recherche et hypothèse

L'exploration de ces concepts nous a amenés à nous questionner sur plusieurs thèmes : comment l'ergothérapeute en UVP repère les occupations significantes des personnes atteintes de troubles cognitifs modérés à sévères ? Quels outils utilise-t-il pour les évaluer ? Les résidents de l'UVP sont-ils capables d'identifier et d'exprimer quelles sont leurs occupations significantes ? L'utilisation des occupations significantes comme moyen thérapeutique a-t-elle un impact sur la participation occupationnelle des résidents ? Et leur satisfaction occupationnelle ?

L'objectif d'un ergothérapeute est de centrer son intervention sur les occupations des personnes qu'il prend en soin. Ainsi, pour recueillir ces occupations, il est nécessaire de réaliser une évaluation des occupations que la personne identifie comme importantes et qu'elle souhaite réaliser. Les résidents de l'UVP présentent des troubles cognitifs importants, cependant, comme nous l'avons vu dans la partie conceptuelle, la MCRO est une évaluation qui peut être utilisée auprès de ce type de personnes et qui peut être adaptée selon les besoins. La réalisation d'occupations significantes apporte de la satisfaction et du bien-être aux personnes et favorise également la participation des personnes dans leurs activités.

Ainsi, la construction du cadre conceptuel et ces réflexions nous ont permis de construire la question de recherche :

Comment l'ergothérapeute évalue-t-il les occupations significantes des résidents d'UVP afin de favoriser leur participation occupationnelle ?

De cette question de recherche, nous avons établi une hypothèse de recherche à laquelle nous répondrons à l'issue de notre travail de recherche :

Hypothèse : L'ergothérapeute qui intervient en UVP utilise l'échelle de satisfaction de la MCRO pour favoriser la participation dans des occupations significantes.

Afin de valider ou d'invalider l'hypothèse de recherche, des entretiens ont été réalisés. La méthodologie utilisée pour réaliser ces entretiens est détaillée dans la partie suivante.

## D - Cadre méthodologique

### I - Choix de la méthode de recherche

Nous avons fait le choix d'utiliser une méthode qualitative pour réaliser cette étude. Ce choix vient du fait que nous recherchons les pratiques des ergothérapeutes sur le terrain, comment ils travaillent et les outils qu'ils utilisent. La méthode qualitative semble la plus adaptée pour ce sujet de recherche.

Par ailleurs, nous avons fait le choix d'utiliser l'entretien semi-directif comme outil de recueil de données car l'objectif est de recueillir des informations précises en lien avec notre sujet mais également de laisser la possibilité aux participants d'exprimer leurs idées en lien avec le thème de la recherche. Cette méthode permet de s'assurer que les thèmes essentiels sont évoqués sans fermer la discussion. Pour réaliser cet entretien semi-directif, nous avons au préalable établi un guide d'entretien (Annexe III) à suivre lors de la réalisation des entretiens.

Aussi, nous avons choisi une approche hypothético déductive pour réaliser cette recherche. Cette approche consiste à partir d'un cadre théorique en se basant sur les occupations significatives, la participation occupationnelle et l'utilisation de la MCRO en UVP et à émettre une hypothèse de recherche à partir des informations obtenues. Ensuite, l'objectif est de mener une enquête pour obtenir des résultats permettant de valider ou d'invalider l'hypothèse.

### II - Choix de la méthode d'analyse des données

Pour analyser les résultats des entretiens menés auprès des ergothérapeutes, nous avons choisi de réaliser une analyse des données recueillies par thématique. Les thématiques ont été choisies avant les entretiens avec les ergothérapeutes au moment de l'élaboration des questions. Les thématiques sont en fonction des questions posées. Les entretiens ont été retranscrits et analysés par la suite.

## III - Choix de la population

### 1 - Population cible

La population cible de cette recherche est constituée d'ergothérapeutes diplômés d'état exerçant en France au sein d'EHPAD avec une UVP. Les ergothérapeutes doivent intervenir au sein de l'UVP, même si cette intervention est minime.

### 2 - Critères d'inclusion et critères d'exclusion

#### *a - Critères d'inclusion*

Afin de constituer un échantillon pour la recherche, nous avons établi des critères d'inclusion et des critères d'exclusion permettant d'avoir des participants cohérents avec le sujet de l'étude.

Les critères d'inclusion sont donc :

- Être ergothérapeute diplômé d'état
- Travailler dans un EHPAD ayant une UVP.
- Intervenir dans cette UVP.

#### *b - Critères d'exclusion*

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Ne pas être ergothérapeute diplômé d'état.
- Exerçer dans un EHPAD sans UVP.
- Exerçer dans un EHPAD avec une UVP mais sans y intervenir.
- Être étudiant en ergothérapie.

### 3 - Recherche des participants

La recherche des participants a été effectuée par une annonce sur les réseaux sociaux et par le biais d'un ancien lieu de stage. Nous avons posté une annonce sur plusieurs groupes en lien avec les ergothérapeutes intervenant en EHPAD et UVP et nous avons contacté un ancien tuteur de stage pour l'interroger. Nous avons eu une réponse positive de la part de 3 ergothérapeutes ainsi que le tuteur de stage. Cependant, un entretien a été réalisé dans des conditions sonores compliquées, la retranscription de l'entretien s'est avérée très complexe et nous avons fait le choix de

ne pas intégrer cet entretien dans notre recherche. Les 2 ergothérapeutes et le tuteur de stage constituent donc notre échantillon de recherche. Dans le cadre de la loi JARDE (Annexe IV), les participants ont rempli et signé un formulaire de consentement éclairé en amont des entretiens (Annexe V) certifiant l'anonymat de cet entretien. Un exemple d'un entretien retranscrit est présent en Annexe VI.

## E - Résultats et analyse des résultats

### Le profil des participants

Cette partie présente les résultats obtenus à partir de trois entretiens semi-directifs réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant en unité de vie protégée. Les participants sont désignés en tant que E1, E2 et E3 afin de garantir leur anonymat. Les résultats sont organisés selon les thèmes abordés dans le guide d'entretien, et chaque thème est ensuite analysé.

Les trois ergothérapeutes interrogés présentent des profils différents, ce qui permet d'avoir un regard varié sur les pratiques en UVP. E1 est diplômé depuis 2014 et a commencé à intervenir en UVP en mars 2025, il y consacre environ 15 à 20 % de son temps, principalement pour des questions de matériel et d'installation. E2 est diplômée depuis 2022, en poste depuis mai 2023 dans un EHPAD avec une UVP de 27 résidents. Son temps en UVP est variable et dépend des demandes et des situations. E3, diplômée en 2024, partage son activité entre un EHPAD et une équipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESA), elle n'a pas de temps dédié à l'UVP mais y intervient lorsqu'elle est dans l'établissement.

### I - Les occupations significantes en UVP.

#### 1 - Présentation des résultats

Lorsque l'on interroge E1 sur le fait qu'il centre son intervention sur les occupations significantes avec les résidents, il indique dans un premier temps: « *la réponse c'est non, je le fais pas* », puis il continue : « *je propose des activités qui peuvent être significantes [...] si je prends le potager qui est mis en place au sein de la résidence, les personnes dont l'activité potager ou jardinage faisaient un sens, je vais proposer à ces personnes-là. Et ça c'est à travers le PAP.* » Sur ce qui rend ces activités significantes, il répond : « *c'est les gens qui rendent les activités significantes parce que c'est eux qui ont déjà donné du sens en fait à ces activités avant même que*

*moi je les propose. » Il ajoute : « je pense qu'il n'y a pas que l'ergothérapeute qui a un rôle dans les activités signifiantes et significatives. Du moins pas ici, on est assez transdisciplinaire pour le coup. »*

Sur l'intervention occupation-centrée, E2 indique : *« oui, quand je peux les connaître, [...] j'essaie un maximum de les utiliser »*. En parlant d'une résidente, elle donne un exemple : *« on a utilisé la lecture pour qu'elle arrive à se refaire son petit quotidien et qu'elle ait une [...] thérapie non médicamenteuse. C'est quelque chose qui la soulage, qui soulage ses angoisses. »* Concernant ce qui rend les activités signifiantes, elle répond : *« même s'ils sont plus capables de nous nommer ce qu'ils aimeraient, quand on les met en action, on se rend compte qu'ils sont contents que ça les apaise »,* ajoutant que *« ce qui reste beaucoup dans la maladie, souvent c'est tout ce qui est mémoire émotionnelle. [...] le corps le ressent tout de suite. »*

E3 répond quant à elle : *« Ah, alors oui j'essaie au maximum [...] mais après c'est vrai que la plupart du temps j'essaie de, soit de marcher avec eux, soit de discuter ça c'est le principal que je fais parce que ça me prend pas forcément beaucoup de temps et que j'ai pas besoin de matériel spécifique et que comme ils sont en manque de stimulation, je pense que c'est quand même un moment important. »* E3 décrit une expérience vécue après un atelier cuisine : *« après un atelier cuisine, ils m'avaient dit oui c'était super, et qu'est-ce que vous avez mangé ? Aucune idée. Par contre ils se rappelaient qu'ils avaient passé un bon moment. »*

## 2 - Analyse

Les trois ergothérapeutes interrogés s'accordent sur l'importance des occupations signifiantes auprès des résidents en UVP, même si leurs façons de les identifier et de les mettre en pratique diffèrent selon les contextes.

E1 décrit une approche qu'il qualifie lui-même d'« inversée » : plutôt que de partir des besoins de chaque résident, il s'appuie sur les activités déjà disponibles dans l'établissement et cherche pour quels résidents elles pourraient être signifiantes. Pour identifier les personnes et leurs occupations signifiantes, il utilise les informations à partir du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Il explique que le lien avec les occupations signifiantes est bien présent dans sa pratique et on le retrouve également à travers la transdisciplinarité. En effet, la psychologue, la psychomotricienne et l'animatrice contribuent chacune à proposer des

activités qui font sens pour les résidents, et E1 veille à ne pas « doubler » leurs interventions en ne proposant pas plusieurs fois la même activité.

E2 a une approche davantage centrée sur le résident. Elle identifie en priorité ce qui est important pour la personne, puis construit son intervention autour de cette occupation. Elle met en avant le fait que même lorsque les résidents ne sont plus en capacité de nommer leurs occupations passées, la mise en action permet de retrouver un bien-être qui témoigne du caractère signifiant de l'activité.

E2 et E3 se rejoignent sur le fait que les activités signifiantes en UVP agissent principalement sur la mémoire émotionnelle, qui reste relativement préservée malgré les troubles. Lorsque les résidents réalisent une activité qu'ils considèrent importante et qu'ils apprécient faire, ils vont oublier l'activité réalisée mais ils vont se souvenir d'avoir passé un moment agréable.

E3 indique que les contraintes de temps l'amènent à privilégier des interventions simples ne nécessitant pas de matériel telles que la marche, la discussion, ou le recours à la salle Snoezelen quand l'agitation est importante.

## II - Les pratiques évaluatives pour déterminer les occupations signifiantes en UVP

### 1 - Présentation des résultats

Concernant l'utilisation d'une évaluation normée pour déterminer les occupations signifiantes des résidents, E1 répond : « *absolument pas.* » Il s'appuie principalement sur le PAP : « *à part si on considère que le PAP fait office d'évaluation, c'est pas une évaluation qui est normée [...] le PAP c'est tous les six mois en unité de vie protégée.* » Sur les difficultés rencontrées pour évaluer les résidents, il précise : « *il y a des personnes qui ne sont plus en capacité de dire en fait et d'exprimer même juste un besoin.* ». Il ajoute : « *Et ça peut être compensé aussi par l'entourage.* » Il identifie un frein principal : « *je manque de formation sur les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Donc la difficulté, elle est humaine et pas organisationnelle ni technique.* »

E2 indique « *la partie évaluation, [...] c'est la partie un peu la plus complexe en unité protégée, parce que bah parfois on a des personnes pour qui c'est difficile, on n'a pas de recueil tout ça* ». Elle utilise principalement un outil : « *de base, moi j'utilise*

*l'ELADEB [...] l'avantage c'est qu'il y a des images et on aborde un peu comme ça plein, plein, plein de sujets différents. Ça me permet de faire un peu une grosse vision sur leur vie, comment ils arrivent à me verbaliser des choses, ou pas. ». Cependant, « C'est pas toujours possible et ça c'est le gros point que je pense qu'on rencontre tous. C'est quand la personne ne répond pas ou à un discours qui est complètement incohérent et qu'elle a pas conscience d'ailleurs qu'il est incohérent, et du coup là quand je dois évaluer cette situation-là, je suis beaucoup dans l'observation, comment ils sont en activité, comment ils sont en animation, tout ça mais là du coup ce qui m'aide le plus c'est les familles. [...] ». Elle explique ce qui l'a conduite vers l'ELADEB plutôt qu'un autre : « avec l'âge et les troubles, ils arrivent pas à retrouver cognitivement ce qui est difficile pour eux en fait, ils savent pas. Donc on est un peu obligé de leur donner plein d'exemples. » Elle reconnaît cependant une limite lorsque les troubles sont très avancés et que le résident n'a pas de famille : « là, c'est quelque chose où malheureusement j'ai pas de solution miracle. »*

Sur l'utilisation d'outils d'évaluation pour recueillir les occupations significatives des résidents, E3 indique « en EHPAD et UVP, non [...], je dirais qu'il y a le recueil de données à son entrée à l'EHPAD ou UVP, mais ce n'est pas forcément moi qui le fais ». Elle ajoute : « le souci c'est que en général les personnes qui rentrent en UVP, elles sont déjà un stade avancé de la maladie [...] parfois c'est difficile, la communication est pas forcément évidente. [...] Je pense qu'on pourrait recueillir les occupations significatives, on pourrait s'appuyer aussi sur la famille si la personne n'est pas en capacité de le dire ou alors bah comme j'essaye de faire de temps en temps de proposer des activités voir si leur parle ou pas. Mais je pourrais tout à fait utiliser un outil effectivement, à voir lequel. Et en fait j'ai surtout des contraintes de temps ».

## 2 - Analyse

Les pratiques évaluatives sont l'axe sur lequel les trois participants diffèrent le plus.

E1 ne réalise pas d'évaluation formelle et s'appuie principalement sur le PAP et l'observation au quotidien. Il identifie comme frein principal un manque de formation spécifique aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Le PAP, bien que pluridisciplinaire et régulièrement mis à jour, ne constitue pas un outil d'évaluation ergothérapeutique à proprement parler. Sa vocation est avant tout organisationnelle et

ne permet pas de recueillir le point de vue du résident sur ses priorités occupationnelles.

E2 est la seule à utiliser un outil structuré, l'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés et Besoins), choisi pour ses supports visuels et la diversité de ses items, qui facilitent l'identification des occupations chez des résidents ayant du mal à les nommer spontanément. Cependant, l'ELADEB, tout comme le PAP, n'est pas un outil spécifique à l'ergothérapie.

E3 ne réalise pas non plus d'évaluation formalisée en UVP, principalement par manque de temps et en raison du stade avancé de la maladie des résidents à leur entrée dans l'unité. Elle reconnaît cependant qu'un outil pourrait être utilisé, sans avoir encore déterminé lequel serait le plus adapté. Elle évoque qu'elle aimerait utiliser la MCRO à l'entrée des résidents en EHPAD mais émet des doutes concernant la possibilité de l'utiliser coté UVP en raison de troubles cognitifs majeurs.

Les trois ergothérapeutes indiquent que lorsque le résident n'est plus en capacité de communiquer et que sa famille est présente, il est important de s'appuyer sur elle afin de recueillir des informations nécessaires, notamment les occupations significatives du résident.

### III - Le repérage de la satisfaction en UVP

#### 1 - Présentation des résultats

Concernant le repérage de la satisfaction des résidents, E1 décrit deux modalités selon les capacités du résident : *« si il a la capacité de communiquer on lui demandera [...] s'il n'est pas en capacité de le communiquer verbalement, on va le faire sur observation [...] du visage, des mimiques, de la gestuelle. »* Sur le lien entre occupation significative et satisfaction, il indique : *« j'aurais envie de dire oui, en fait, oui à partir du moment où l'activité est significative, la personne est davantage heureuse de la réaliser ou pas d'ailleurs, parce que si elle n'y arrive pas, l'échec peut-être d'autant plus important. »*

E2 indique que la satisfaction: *« on la remarque dans, premièrement son implication, je pense, et dans la durée, on va dire son implication, de sa concentration, s'il fait quelque chose qui lui plaît on va voir qu'on arrive quand même à capter un petit peu plus son attention et qu'il y reste, si vraiment on s'est planté, il se lève, il se barre. Il n'y*

*a pas de doute quoi. Et on peut utiliser du non-verbal est-ce qu'il est détendu ? Est-ce que il est assis mais il est un peu penché vers nous, il regarde ce qu'on fait ou est-ce que il nous regarde un peu au loin il est en recul, il veut pas, enfin il va vraiment y avoir une, une grosse analyse non verbale et dans tout ce qu'on fait dans les résidents de l'UVP, je trouve que c'est beaucoup de non-verbal. ». Lorsque le résident réalise « quelque chose qui est signifiant, on voit tout de suite le sourire où il reste assis, il regarde s'ils font pas enfin, l'implication n'est pas la même. Et ça se voit tout de suite. En fait, c'est comme nous, on fonctionnerait, sauf que c'est exacerbé, je veux dire moi si on me propose un truc qui me plaît pas, je vais y aller, mais on va bien voir que je suis pas hyper motivée mais eux c'est vu qu'il y a une maladie derrière c'est exacerbé donc ça se voit encore plus quoi ».*

E3, quant à elle indique : *« Bah si c'est des patients qui communiquent, c'est vrai qu'en général, ils l'expriment d'eux-mêmes. Surtout les personnes avec des troubles cognitifs, il y a souvent de la désinhibition donc ils ont pas de mal à dire ce qu'ils pensent. Après bah je pense que c'est aussi beaucoup d'observation en temps qu'ergothérapeute, on est assez habitué à ça, mais comment ça se passe dans l'activité, s'il s'éparpille, s'il a envie de partir. [...] J'ai pas d'outil pour évaluer la satisfaction, mais je sais que c'est beaucoup d'observation et, et demander aussi mais après c'est rare qu'ils te disent, oui de leur demander si ça leur a plu et de l'observation. De plus, concernant la réalisation des occupations signifiantes : « si c'est une activité qui leur plaît forcément il y aura plus de plaisir et la mémoire émotionnelle c'est celle qui reste donc oui je dirais que je vois la différence. »*

## 2 - Analyse

Sur la question de la satisfaction, les trois ergothérapeutes s'appuient sur des indicateurs similaires : l'observation du comportement non verbal, complétée par une question directe au résident quand ses capacités de communication le permettent.

On remarque des similarités dans les façons d'opérer. En effet, lorsque le résident est en capacités de communiquer, les ergothérapeutes lui posent la question. Cependant, lorsque ce n'est pas possible, ils s'appuient sur des observations du comportement non verbal telles que les expressions du visage, la posture, le niveau d'implication, la durée et l'intensité de la concentration. E2 ajoute qu'il est d'autant plus facile de repérer les comportements non verbaux en UVP puisque les troubles cognitifs exacerbent les réactions des résidents, facilitant l'observation de la satisfaction ou de l'insatisfaction.

E3 va également dans ce sens en ajoutant que la désinhibition qu'entraîne les troubles cognitifs facilite le repérage, les résidents expriment plus facilement ce qu'ils ressentent.

Aucun des ergothérapeutes n'utilise d'outil normé pour évaluer la satisfaction, ils utilisent uniquement de l'observation. L'observation est subjective, les résultats peuvent donc varier en fonction des professionnels.

Aussi, E1 rappelle qu'il est important d'adapter l'occupation aux capacités du résident. Dans le cas contraire, se retrouver dans une situation d'échec dans une occupation significative va entraîner davantage d'insatisfaction puisque l'occupation avait davantage de sens pour la personne. Ceci est d'autant plus important puisque, comme le rappelle E3, la mémoire émotionnelle est celle qui est la plus préservée dans ces pathologies, il est donc important d'adapter la difficulté afin de favoriser la satisfaction qu'apportent ces occupations.

## IV - La participation occupationnelle en UVP

### 1 - Présentation des résultats

E1 indique que « *la participation, elle peut être et j'en ai déjà parlé, active et passive. Écouter, par exemple, c'est passif, on n'agit pas forcément, mais la participation est quand même là* ». Participer à une occupation suffit pour parler de participation occupationnelle « *à partir du moment où elle est souhaitée, [...] il y a des personnes [...] qu'on va poser ou qui sont déjà présents et en fait qui vont pas du tout cognitivement, être, ils vont être physiquement là, mais cognitivement, ils seront pas dans l'activité pour moi, c'est pas de la participation, c'est pas parce que dans leur environnement, il se passe une activité qu'ils sont forcément participants à l'activité.* ». Il remarque qu'un résident participe en fonction de « *sa participation, sa communication aussi, c'est une activité davantage motrice. À voir comment elle arrive à suivre ou ce qui est proposé, c'est être sûr de l'observation. Et si jamais elle n'est pas en capacité de communiquer ou même de réaliser la totalité de l'activité demandée, ça va être sûr pareil, des mimiques, des émotions, des choses comme ça* ». Concernant l'évaluation de la participation avec un outil normé, il répond : « *Je ne le fais pas, je pourrais le faire, mais je le note pas, on va dire, je le note pas dans notre dossier de soin, on peut, on a un encart participation et oui non et après satisfaction à la participation, c'est un encart que je remplis pas* ». Pour favoriser la

*participation active, il adapte ses interventions « Alors dans l'organisation, oui, pour qu'il y ait un maximum de participation, c'est pour ça que j'ai multiplié le nombre de groupes d'équilibre. Je reprends cet exemple-là. Pour qu'il y ait des plus petits groupes pour favoriser la participation. J'utilise aussi la paire émulation, il arrive souvent quand même que je demande aux personnes les plus motivées de passer en premier pour que les autres personnes qui le sont moins ou qui peut-être moins de sens dans l'activité. [...] Je vais pas prendre le même environnement si les personnes n'ont pas envie de trop se déplacer, envie de faire l'activité, mais pas trop se déplacer. Le balcon de l'UVP, si on reprend le potager ou s'ils veulent aller vraiment dehors, on va aller dans le jardin. Je vais adapter comme ça en fonction de l'environnement que j'ai et puis si je vois qu'une activité ne prend pas auprès de tout le monde, je vais en proposer une autre. ».* Lorsqu'on lui demande s'il y a une différence de participation entre une occupation signifiante et une activité plus générique, il répond *« je crois que oui, parce que si l'activité proposée a un sens, la participation est d'autant plus importante [...] cette question-là, elle va de soi pour moi, c'est du bon sens, en fait. Et puis c'est tout le sens de l'ergo, je vais faire la même réponse en fait, le sens de l'ergo, à partir du moment où on a de la participation, on va proposer quelque chose qui plaît, en fait au-delà qu'elle fasse du sens, c'est une activité qui plaît, qui procure du bonheur, c'est ça une activité qui fait sens en toi. Signifiante, c'est une activité qui te procure du plaisir qui te permet de sécréter de la dopamine qui fait tout ça en fait donc, donc oui ».* Aussi, il ajoute que *« la motivation qui serait le moteur et la satisfaction qui serait le résultat. ».*

Afin d'évaluer la participation occupationnelle, E2 indique *« je vais évaluer la participation occupationnelle, je te l'ai pas dit toute à l'heure, mais après avoir rencontré le résident tout ça, je remplis quand c'est possible un mohost. ».* Aussi, *« Je pense que pour parler de participation occupationnelle, il faut quand même qu'il y ait un minimum d'implication de la personne et qu'il y ait un peu de feedback. Enfin, une participation occupationnelle a vraiment du sens. Si la personne je l'ai installée autour d'une table et je faisais un quiz et elle me regardait, j'estime que c'est pas une participation occupationnelle quoi. D'accord, elle est assise, mais je pense qu'il faut vraiment qu'il y ait un peu plus d'action, moi à mon sens, ou d'implication ou d'intéressement de la part de la, du résident ».* Concernant les adaptations des interventions, elle indique *« ça dépend les troubles, y'a beaucoup de réponses, ça dépend. Parfois ça va être, ça peut être le nombre de résidents présents en simultanés qui peut être adapté, ça peut être l'environnement, est-ce qu'il préfère être au calme,*

*pas au calme, ça peut être la présence, est-ce qu'il préfère être tout seul et faire un peu son truc ou est-ce qu'il aime bien qu'il y ait quelqu'un à côté qui soit un peu en support [...] ça dépend de quelle activité on parle et ça dépend de la personne. Il y a beaucoup de facteurs individuels et beaucoup du coup de facteurs différents qui influencent ça. ». Concernant les différences lors de la réalisation d'une occupation significatives et une occupation basique, elle indique : « Bah c'est un peu comme on évoquait tout à l'heure. Il y a forcément une différence parce que c'est ce que je disais dans l'implication [...], si vraiment c'est une activité qui a pas de sens, la personne ne va pas le faire en unité protégée, ils vont juste pas le faire du tout. C'est même pas une participation minimale, c'est que c'est, j'ai pas envie, je m'en vais. Et d'ailleurs si tu me casses les pieds, je vais te le faire ressentir quoi. Donc là-dessus, c'est très facile à voir. ».*

Selon E3, « la participation occupationnelle, il y a aussi la notion d'engagement dans l'activité et, je peux, même moi je peux participer à une activité sans être forcément engagée dedans et oui j'ai participé, mais j'ai fait acte de présence. [...] participer occupationnellement ça a plus une notion d'engagement, de d'engagement dans l'activité, d'envie de prise de décision, d'attention. ». Pour faire la différence entre un résident qui participe activement et un résident qui est juste présent elle « pense que [...] juste en observant ça se voit, il y a des résidents [...], qui posent des questions, qui sont impliqués, qui font des blagues, qui discutent et d'autres qui sont juste, ils sont juste là, à observer, mais souvent ils sont là parce que dans tous les cas, il y a qu'une activité proposée donc c'est soit ça soit rien ». Elle réalise des évaluations de la participation occupationnelle « de manière ponctuelle. Par exemple, si je fais une évaluation à la toilette [...] mais de manière régulière non parce que y'a pas d'activité régulière en UVP. ». Elle évalue la participation « je pense que je leur demanderais simplement [...] ou sinon ouais c'est vrai que je demande pas toujours et que parfois juste j'observe leur comportement pendant la séance et je me rends compte si ça va ou pas mais c'est vrai que, que du coup je me base sur mon avis, mon observation subjective et pas sur ce qu'ils me disent eux ».

Aussi, pour favoriser la participation, elle adapte son intervention « j'ai pas la même manière de communiquer avec des personnes qu'on des troubles cognitifs et une personne qu'en a pas. Je trouve ça aussi plus compliqué de faire des activités de groupe en UVP parce que il y a les troubles du comportement qui entrent en jeu, ils sont très facilement distraits par le bruit, par ce que font les autres et tout ça mais après

*c'est pas impossible. Mais voilà, donc c'est vrai qu'en UVP ce serait plus des activités soit individuelles, soit dans des petits groupes. Mais je pense que c'est parce que aussi le profil de personnes dans notre UVP sont à un stade de la maladie assez avancé, donc c'est ça qui rend les choses compliquées. Je dirais que c'est la communication, pas mal la communication, les outils utilisés, que ce soit adapté à leur niveau, à ce qu'ils ont envie de faire ». Concernant la réalisation d'une occupation signifiante, « Ils auront envie et ça se voit, ça se ressent, donc ils sont plus engagés, donc ils vont plus faire l'effort de faire les choses, alors que faire la toilette, ils vont pas vouloir participer quoi, ils préfèrent que je, par exemple, que je le fasse à leur place ».*

## 2 - Analyse

Les trois ergothérapeutes ont une vision similaire de la participation occupationnelle, ils s'accordent tous pour dire que la simple présence lors d'une activité ne suffit pas à parler de participation. Il faut qu'il y ait un engagement, même minimal, de la part du résident. E1 intègre la participation passive dans sa vision des choses, à partir du moment où cette participation est souhaitée, il considère que c'est une forme de participation.

E2 est la seule à utiliser un outil pour évaluer la participation. Elle utilise le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) car il lui permet d'obtenir une vision globale du fonctionnement du résident. E1 n'évalue pas la participation. E3 n'utilise pas d'évaluation normée mais l'évalue ponctuellement par de l'observation.

Pour favoriser la participation, les trois ergothérapeutes utilisent des stratégies similaires telles que l'adaptation de la taille des groupes, l'adaptation de l'environnement et de la communication en fonction du profil et des capacités du résident. E1 ajoute la paire-émulation comme stratégie supplémentaire.

Les trois ergothérapeutes observent une différence de participation entre une occupation signifiante et une activité générique. Lorsque l'activité a du sens pour le résident, son engagement est plus important et sa participation plus active. À l'inverse, une activité qui n'a pas de sens pour la personne génère peu ou pas de participation, voire un refus, particulièrement visible en UVP à cause des troubles cognitifs des résidents et de leur désinhibition.

## V - Le lien entre satisfaction et participation occupationnelle

### 1 - Présentation des résultats

Lorsqu'on lui demande s'il y a une différence de participation entre une occupation significative et une activité plus générique, E1 répond « *je crois que oui, parce que si l'activité proposée a un sens, la participation est d'autant plus importante [...] cette question-là, elle va de soi pour moi, c'est du bon sens, en fait. Et puis c'est tout le sens de l'ergo, je vais faire la même réponse en fait, le sens de l'ergo à partir du moment où de la participation, on va proposer quelque chose qui plaît, en fait au-delà qu'elle fasse du sens, c'est une activité qui plaît, qui procure du bonheur, c'est ça une activité qui fait sens en toi. Signifiante, c'est une activité qui te procure du plaisir qui te permet de sécréter de la dopamine qui fait tout ça en fait donc, donc oui* ». Ainsi, « *la motivation qui serait le moteur et la satisfaction qui serait le résultat.* »

E2 indique: « *c'est un lien direct. Si on augmente la participation à des activités significatives, on augmente nos chances d'avoir une satisfaction. [...] C'est les deux, ils fonctionnent ensemble.*

Selon E3, « *la participation occupationnelle pour moi il y a une notion d'engagement et d'envie de participer. Donc forcément si on s'engage dans quelque chose c'est, c'est que ça nous fait plaisir donc on est plus facilement satisfait, parce que c'est quelque chose qui est important pour nous. Alors que s'ils réussissent quelque chose dans une activité qui n'est pas importante pour eux, bah ça va pas forcément, enfin ils vont pas forcément être satisfaits parce que c'est pas important, alors que si c'est une activité significative, la participation va être plus importante et donc la satisfaction découle de, de ça. Et aussi à l'inverse, s'ils s'engagent dans une activité qui ne réussissent pas, forcément la satisfaction va être moindre et je pense que c'est plus ou moins décuplé parce que c'est important pour elle* ».

### 2 - Analyse

Sur ce thème, les trois ergothérapeutes sont très proches dans leurs réponses. Tous décrivent un lien fort entre satisfaction et participation occupationnelle, et tous l'associent à la notion d'occupation significative.

Selon les trois participants, la participation à une occupation significative entraîne plus de satisfaction que la participation à une simple activité. Lorsque la personne participe à une activité qui a du sens pour elle, cela entraîne une participation plus importante

apportant, à son tour de la satisfaction. Selon E1, la motivation est le moteur de la satisfaction et la satisfaction est le résultat de cette motivation. E2 indique que la satisfaction est liée à la participation à une occupation signifiante. E3 rejoint cette idée en montrant qu'il y a plus d'engagement et de participation dans une occupation signifiante et que la participation à cette occupation entraîne de la satisfaction.

E3 rappelle que l'identification d'une occupation signifiante ne suffit pas, il faut aussi s'assurer que l'activité est proposée à un niveau de complexité adapté aux capacités actuelles du résident. Dans le cas contraire, la mise en échec dans une activité qui avait du sens pour la personne peut générer de la déception plutôt que de la satisfaction.

## VI - La MCRO en UVP.

### 1 - Présentation des résultats

Interrogé sur l'utilisation de la MCRO en UVP, E1 indique : « *Non, je suis pas formé à l'utilisation, donc j'ai officiellement pas le droit de l'utiliser.* ». Sur la durée de passation, il ajoute : « *la MCRO, il y en a clairement pour 3-4 heures [...] vu le public, je vois pas comment c'est possible.* ». Il précise : « *je l'ai beaucoup demandé quand j'étais en centre de rééducation et aujourd'hui arrivé en EPHAD, j'y vois moins d'intérêt de l'avoir parce qu'elle fait beaucoup moins partie de mon quotidien, parce que justement l'occupation auprès des résidents fait moins partie de mon quotidien qu'avant.* ». Concernant l'utilisation d'un autre outil, il indique : « *c'est l'observation, c'est totalement informel, c'est une fois que je vois qu'ils sont pas satisfaits, allez, on retente une deuxième fois, et si je vois que ça n'accroche pas, en fait, j'arrête. Je pense que je, en toute honnêteté, je perdrais un temps phénoménal à utiliser une mesure, une évaluation normée en fait dans mon quotidien ici* ».

E2 quant à elle indique « *j'utilise pas la MCRO, [...] je pourrais, mais en fait j'interroge la même chose via l'ELADEB, c'est juste que c'est pas le même outil quoi entre guillemets.* ». Elle précise la raison : « *En fait la MCRO, on va dire les catégories sont plus grandes parce que on va avoir soin personnel, productivité et enfin voilà c'est beaucoup plus par catégorie, on va dire. Là où l'ELADEB c'est vraiment j'ai les loisirs, j'ai le travail, j'ai des déplacements, j'ai les traitements, j'ai la santé physique, j'ai ma santé. Donc c'est quand même beaucoup plus, on va dire, découpé. Mais en fait, je vais leur demander est-ce que c'était important pour vous, est-ce que c'était quelque*

*chose que vous aimez bien faire, pas faire, si j'évoque ça, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit, enfin est-ce que c'est très important pour vous ? Est-ce que c'est urgent ? Donc, en fait, il y a quand même cette histoire un peu d'hierarchie quoi. Mais je pourrais l'utiliser en soi. Mais c'est que je, je préfère prioriser l'outil où il y a des, des dessins. Voilà même si j'utilise pas toujours les dessins parce que parfois il y en a ça les perturbe. ». Elle précise également : « En fait, au tout début, j'utilisais pas d'ELADEB. On pouvait presque dire, j'utilisais presque une MCRO, mais sans remplir la feuille quoi. Je demandais qu'est-ce qui est difficile entre ça, ça, ça, et en fait je me suis rendu compte que, avec l'âge et les troubles en fait, ils arrivent pas à retrouver cognitivement qu'est-ce qui est difficile pour eux en fait, ils savent pas donc on est un peu parfois obligé de leur donner plein d'exemples pour que ils se disent ah oui ça ah oui en effet ça c'est difficile ou ah ça j'aime pas enfin et du coup c'est pour ça que moi j'avais favorisé l'ELADEB parce que vu qu'il y a beaucoup, [...] d'items,[...], y en a plus de 20, je crois si je dis pas de bêtises. Bah du coup c'est beaucoup plus facile pour eux de m'expliquer et c'est beaucoup plus facile pour moi de tomber sur le bon truc en gros. Là où la MCRO vu que c'est un peu plus générique, un chouïa plus large, et ben non ça va pas et en fait, des fois je me dis moi, en fait des fois j'observe des choses, je sais qu'il y a des trucs qui, ça va pas mais quand j'interroge, ils me les sortent pas et j'ai l'impression qu'avec l'ELADEB, j'arrivais plus facilement à avoir les infos parce que il y avait beaucoup plus d'items différents. Et vu qu'on est sur un lieu de vie, en fait je trouve que la MCRO parfois elle est bien quand c'est des gens actifs, même par rapport à la productivité et tout ça ».*

Concernant l'utilisation de la MCRO, E3 indique : « Non, je l'utilise pas, mais j'aimerais bien, parce que je pense que c'est un outil qui permet justement de mettre en lumière les activités du quotidien qui sont importantes pour la personne, et les personnes qui arrivent en EHPAD, que ce soit en UVP ou pas, ils perdent tout leur repères, toutes leur routines et donc je trouve ça important de pouvoir maintenir les activités qui sont les plus importantes pour eux, justement pour maintenir ces repères-là. ». Les raisons pour lesquelles elle n'utilise pas la MCRO sont : « c'est parce que j'ai pas le temps principalement. Et après j'ai pas essayé, mais c'est vrai que le profil de personne qu'on a actuellement en UVP, je suis pas sûre qu'ils soient en capacité de communiquer sur les activités qu'ils aiment et qu'ils aimeraient faire. Et ensuite de donner le rendement et la satisfaction sur ces activités. Je pense que ouais, un des freins ce serait leur capacité justement à comprendre et à définir les activités, le

*rendement à la satisfaction pour chaque activité.* ». Concernant l'utilisation d'un autre outil à la place de la MCRO, elle répond : « *Non, je n'ai pas d'outil en tête* ».

## 2 - Analyse

Ainsi, aucun des trois ergothérapeutes interrogés n'utilise la MCRO en UVP. Les raisons évoquées sont multiples et se regroupent en plusieurs parties.

E1 cite deux obstacles principaux : l'absence de formation certifiante à cet outil, sans laquelle il considère ne pas avoir le droit de le faire passer et la durée de passation jugée trop importante au vu des profils cognitifs des résidents en UVP. Il précise qu'il ne l'utilise d'ailleurs pas non plus dans la partie EHPAD de l'établissement, ce qui montre que les freins ne sont pas spécifiques à l'UVP mais relèvent davantage d'un manque de formation global ou d'inadaptation à ce public.

E2 n'exclut pas la MCRO sur le principe, mais elle préfère utiliser l'ELADEB, qu'elle considère mieux adapté à ce public. Elle explique ce choix par une observation faite dans sa pratique, les résidents en EHPAD, du fait des troubles cognitifs, ont du mal à identifier spontanément leurs difficultés sans qu'on leur propose des exemples concrets. L'ELADEB, avec ses nombreux items et ses supports visuels, répond mieux à ce besoin. Elle note également que la MCRO, avec ses catégories larges orientées vers la productivité, est moins bien adaptée à une population de personnes âgées retraitées vivant en institution.

E3 est la seule à exprimer un souhait explicite d'utiliser la MCRO. Elle exprime la volonté de commencer à la mettre en place mais elle identifie deux freins pour l'UVP : le temps et les capacités cognitives des résidents. Elle ajoute une réflexion sur la dimension professionnelle de l'utilisation des outils évaluatifs :

## F – Discussion

### I – Discussion

Suite à l'analyse des résultats des entretiens, nous constatons que les ergothérapeutes n'utilisent pas la MCRO. Les ergothérapeutes ont identifié certains freins, tels que l'absence de formation à cet outil, la durée de l'entretien et les troubles cognitifs importants des résidents qui complexifient la passation. E2 indique préférer utiliser l'ELADEB plutôt que la MCRO pour des raisons d'adaptation au public. E3

rejoint E2 et émet des doutes sur les capacités cognitives des résidents à répondre aux exigences de l'outil. Il est important de noter que l'ELADEB, utilisé par E2 comme alternative, n'est pas un outil spécifique à l'ergothérapie, au même titre que le PAP utilisé par E1, ils ne correspondent donc pas à des outils ergothérapeutiques pour évaluer les occupations significatives des résidents.

La littérature montre que la MCRO peut être utilisée auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, Graff, dans le cadre de la méthode COTID, utilise la MCRO en s'appuyant sur le proche aidant comme source d'information complémentaire lorsque les capacités du résident sont limitées (Graff, 2013, cité dans ANFE, 2019). Cette approche est également évoquée par les trois ergothérapeutes interrogés, qui indiquent tous s'appuyer sur la famille lorsque le résident n'a plus la capacité de communiquer. Cependant, lorsque le patient n'a pas de famille ou de proche pouvant apporter ces informations, les ergothérapeutes se retrouvent sans réponse pour recueillir les occupations significatives du résident. Par ailleurs, McColl M.A et al. soulignent la « souplesse » de la MCRO et la possibilité de l'adapter aux besoins et attentes des personnes, ce qui ouvre la voie à une utilisation de cet outil en UVP, à condition de l'adapter aux contraintes de ce contexte spécifique (McColl et al., 2005, cité dans ANFE, 2019). Ainsi, ces éléments soulèvent la question de l'adaptabilité de la MCRO : comment pourrait-on l'adapter et la rendre plus accessible aux résidents d'UVP ?

Si la MCRO n'est pas utilisée, la démarche occupation-centrée qu'elle favorise est bien présente dans les pratiques des trois ergothérapeutes. Chacun, avec sa méthode d'intervention, cherche à identifier ce qui fait sens pour les résidents afin d'y centrer son intervention. Ce constat rejoint le principe fondateur du MCREO, selon lequel, la personne elle-même définit ce qui est important pour elle et identifie ses priorités occupationnelles afin d'adopter une démarche centrée sur le « client ». Ce principe rejoint également les propos de la WFOT qui indique que l'ergothérapie favorise la santé et le bien-être en encourageant la participation à des activités significatives que les personnes souhaitent, ont besoin ou sont censées accomplir (WFOT, 2025).

E2 et E3 mentionnent le rôle de la mémoire « émotionnelle » comme levier d'intervention. Nous avons vu que la mémoire sensorielle est celle qui reste souvent relativement préservée (France Alzheimer, 2021), cependant, la mémoire émotionnelle et la mémoire sensorielle sont deux mémoires distinctes. On retrouve la mention de la préservation de la mémoire émotionnelle dans la littérature. En effet, les émotions

positives et négatives facilitent la mémorisation, et la maladie d'Alzheimer préserve la capacité à mieux mémoriser et ressentir les informations chargées en émotions (Gil & Arroyo-Anllo, 2019). Les souvenirs qui persistent sont souvent ceux qui ont une charge émotionnelle forte. Ainsi, les résidents de l'UVP ne se souviennent plus de l'activité qu'ils ont réalisée, mais conservent le souvenir d'avoir vécu un moment agréable, au travers des émotions ressenties qui leur restent en mémoire. C'est sur ce levier que les ergothérapeutes s'appuient pour justifier et maintenir leurs interventions centrées sur les occupations significatives, y compris à des stades avancés de la maladie.

Les trois ergothérapeutes partagent une vision commune de la participation occupationnelle qui rejoint celle de Kielhofner définissant la participation occupationnelle comme un engagement qui implique non seulement la réalisation d'activités mais aussi « *l'expérience subjective dans l'agir* », ce qui va au-delà de la simple présence physique (Kielhofner, 2008, p. 101-102, cité dans ANFE, 2018). Les ergothérapeutes rejoignent ce point et indiquent que la simple présence lors d'une activité ne suffit pas à parler de participation occupationnelle et qu'un investissement minimal de la part du résident est nécessaire. Cette vision est d'autant plus facile à observer en UVP puisque la désinhibition liée aux troubles cognitifs amène les résidents à exprimer leur désintérêt lorsqu'une activité ne leur convient pas. Comme le souligne E2, si l'activité n'a pas de sens pour le résident, il ne la fait tout simplement pas. Ainsi, la différence entre un résident qui participe et un résident simplement présent est donc particulièrement visible dans ce contexte.

La participation est plus importante lorsque l'activité proposée est significative pour le résident. En effet, lorsque l'occupation a du sens pour la personne, la participation est plus active et mieux maintenue dans le temps. Cependant, l'occupation doit également être adaptée aux capacités actuelles du résident. Dans le cas contraire, la mise en échec dans une activité qui avait du sens pour la personne peut générer un sentiment d'insatisfaction d'autant plus important du fait que l'occupation était significative pour elle. Ce constat rejoint les travaux de Connor et al., qui montrent qu'un soutien adapté aux capacités cognitives des résidents peut permettre le maintien de la participation dans les occupations et contribuer à la réduction des troubles du comportement (Connor et al. 2016). Ainsi, l'adaptation de l'occupation pourrait correspondre à un exemple de « soutien » dont parlent Connor et al.

Les trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la réalisation d'une occupation significative génère de la satisfaction, et cette satisfaction amplifie à son tour la

participation occupationnelle. Les occupations signifiantes représentent donc un vecteur à la fois de satisfaction et de participation.

Ce lien est cohérent avec ce que décrit la littérature. EAKMAN et al. (2010) établissent qu'une occupation apportant du plaisir et de la satisfaction contribue à ce qu'elle soit perçue comme signifiante. La satisfaction occupationnelle, quant à elle, dépend non seulement des occupations réalisées, mais aussi des capacités de la personne et de son environnement. Or, en UVP, ces deux derniers facteurs sont limités : les troubles cognitifs réduisent les capacités des résidents, et l'environnement fermé de l'unité restreint les possibilités d'occupation. Ainsi, maintenir l'accès aux occupations signifiantes constitue un enjeu central de l'intervention ergothérapeutique en UVP.

Enfin, E3 souligne le fait que le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD est encore souvent réduit à la gestion du matériel et au positionnement, loin des missions définies par l'ANFE. L'utilisation d'outils normés et reconnus pourrait contribuer à rendre les interventions occupation-centrées plus visibles et mieux comprises par les équipes pluridisciplinaires.

## II – Retour sur l'hypothèse de recherche

Pour rappel, l'objectif de cette étude est de chercher si les ergothérapeutes qui interviennent en UVP utilisent l'échelle de satisfaction de la MCRO pour favoriser la participation dans des occupations signifiantes et ainsi répondre à la question de recherche :

Comment l'ergothérapeute évalue-t-il les occupations signifiantes des résidents d'UVP afin de favoriser leur participation occupationnelle ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons établi une hypothèse :

L'ergothérapeute qui intervient en UVP utilise l'échelle de satisfaction de la MCRO pour favoriser la participation dans des occupations signifiantes.

Suite à l'analyse des entretiens, cette hypothèse est réfutée, aucun des trois ergothérapeutes interrogés n'utilise la MCRO en UVP. Parmi les raisons, on retrouve le manque de formation, la durée de passation incompatible avec le contexte et troubles cognitifs des résidents rendant la passation difficile. Pour autant, comme nous l'avons vu dans la discussion, les trois ergothérapeutes adoptent une démarche occupation-centrée et s'accordent sur le fait que centrer l'intervention sur les occupations signifiantes favorise la participation et la satisfaction des résidents. Ce

travail met ainsi en évidence l'absence d'outil ergothérapeutique normé adapté aux spécificités de l'UVP et met en avant l'intérêt de développer un outil mieux adapté à ce contexte et à ce public, ce qui constitue la perspective principale de ce travail.

### III – Biais et limites

#### 1 – Biais

Après avoir réalisé ce travail d'enquête et de recherche, il est possible de trouver plusieurs biais à cette étude. Le biais de désirabilité sociale consiste à « *se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé* » (CMVRH, 2014). On retrouve un biais de désirabilité sociale puisque les participants, volontairement ou non, ont pu idéaliser leur pratique pour qu'elles ressemblent davantage aux recommandations attendues.

Un biais lié à l'expérience professionnelle des participants et de l'enquêteur sont également présent. On constate que les participants ont tous une expérience professionnelle inférieure à 15 ans, peut-être que ce facteur a pu biaiser les résultats et peut être qu'avec des profils différents, ayant davantage d'expérience professionnelle, les résultats auraient été différents. Le biais lié à l'enquêteur est également valable, puisqu'il a, en effet, peu d'expérience dans la passation d'entretien de ce type. Il est également possible d'associer le biais de l'expérience professionnelle des participants à un biais lié à l'âge des personnes interrogées. En effet, les participants sont jeunes (<35 ans) et ont été diplômés après la réforme du Diplôme d'État d'Ergothérapie de 2010. Il aurait été intéressant de mener un entretien avec une personne diplômée avant cette réforme afin de voir si les réponses auraient été différentes ou non.

Nous avons réalisé un entretien en présentiel et deux entretiens par appel téléphonique. Les raisons sont d'ordre géographiques, un ergothérapeute était proche et il était facile de convenir d'un rendez-vous en présentiel et les deux autres participants étaient à une certaine distance, c'est pourquoi nous avons fait le choix d'appels téléphoniques. La différence de passation des entretiens constitue un biais méthodologique.

## 2 - Limites

La limite principale de ce travail est la taille de l'échantillon des ergothérapeutes interrogés, seulement 3 personnes ont participé aux entretiens, ce qui est trop peu pour que les résultats soient représentatifs de la pratique générale.

Comme dit précédemment, 2 entretiens ont été réalisés par appel téléphonique et 1 entretien a été réalisé en présentiel. Le choix a été fait de ne pas réaliser d'analyse du langage non verbal puisqu'il aurait été réalisable uniquement pour 1 participant, ce qui aurait eu un intérêt moindre.

Comme nous l'avons dit plus tôt, quatre personnes ont répondu à l'appel aux entretiens. L'ajout de cette quatrième personne aurait permis d'avoir une vision plus élargie de la pratique de l'ergothérapie en UVP

## IV - Intérêts de l'étude

Les intérêts de cette étude sont de comprendre comment s'organisent les pratiques d'évaluation des occupations significatives et de la satisfaction et leur impact sur la participation occupationnelle des résidents de l'UVP. Elle permet de mettre en avant les stratégies que les ergothérapeutes utilisent pour maintenir la participation occupationnelle de personnes présentant des troubles cognitifs sévères.

Cette étude contribue également à donner davantage de visibilité à la démarche occupation-centrée des ergothérapeutes en UVP. Elle permet de mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute dans ce contexte, en soulignant l'intérêt de l'utilisation d'outils normés pour objectiver et valoriser les interventions auprès des équipes pluridisciplinaires.

Enfin, ce travail permet de comparer les pratiques d'ergothérapeutes exerçant dans des institutions similaires, de constater les similarités et les divergences entre elles, et d'ouvrir des perspectives de recherche quant au développement et à l'adaptation d'outils d'évaluation ergothérapeutiques mieux adaptés aux spécificités de l'UVP et au profil des résidents qui y sont accueillis.

## V – Apport personnel

Sur le plan personnel, cette étude renforce mon intérêt d'exercer auprès d'un public gériatrique, et particulièrement au sein d'un EHPAD et d'une UVP. Les différents entretiens que j'ai eu avec les ergothérapeutes ont été enrichissants et m'ont permis

de constater des interventions diverses au sein d'un environnement institutionnel commun.

Sur le plan professionnel cette étude me conforte dans l'idée de poursuivre vers une pratique orientée sur les occupations des personnes et notamment leurs occupations significatives. Elle m'a permis de mieux comprendre les réalités du terrain en UVP. Cela m'a également permis de confronter mes représentations initiales, notamment celle de l'utilisation de la MCRO en UVP, aux pratiques réelles des ergothérapeutes. Cette étude m'a également conforté dans l'intérêt de l'utilisation d'outils normés pour structurer et valoriser les interventions en ergothérapie.

## VI - Perspectives envisagées

Il serait intéressant de poursuivre l'étude en proposant une adaptation de l'outil MCRO au lieu de vie qu'est l'UVP. Le temps de passation long et peu suggestif des différents types d'occupations peut être difficile pour une personne atteinte de troubles cognitifs importants. Il pourrait donc être possible de poursuivre l'étude en proposant une adaptation de l'outil du MCRO comme une version avec des cartes, type ELADEB par exemple, et d'évaluer son efficacité. Ainsi, utiliser une version de la MCRO intégrant des supports visuels, tels que des cartes illustrant des occupations comme « jardiner », « peindre » ou « mettre la table », pourrait aider les résidents présentant des troubles cognitifs sévères à identifier plus facilement les activités qui ont du sens pour eux, et ainsi favoriser leur participation occupationnelle. Il serait également intéressant de prioriser certaines parties de la MCRO, par exemple, la partie productivité correspond moins au public de l'UVP. Cette partie pourrait être réalisée en dernière, voire supprimée en fonction des résidents et de leurs capacités cognitives.

Le fait d'adapter la MCRO au public rencontré a été évoqué avec deux des ergothérapeutes lors des entretiens, ils estiment que si l'outil était plus adapté aux personnes avec des troubles cognitifs importants, l'outil serait davantage utilisé en pratique. Cela faciliterait la passation et permettrait de potentiellement proposer davantage d'activités en lien avec les occupations significatives de la personne.

Aussi, afin d'affiner l'échantillon de l'étude et d'avoir une vue plus globale des pratiques d'évaluations en UVP, il serait intéressant de poursuivre la recherche en réalisant plus d'entretiens. Cela permettrait de confirmer les propos et d'obtenir un résultat plus représentatif de la pratique en UVP.

## Conclusion

Ce travail de recherche avait pour but d'explorer les pratiques des ergothérapeutes intervenant au sein des unités de vie protégées, en s'orientant vers la façon dont ils évaluent les occupations significatives des résidents et la satisfaction liée à leur réalisation afin de favoriser leur participation occupationnelle.

Nous avons établi un cadre contextuel, présentant les maladies neurodégénératives ainsi que le contexte institutionnel de l'UVP, puis un cadre conceptuel, en développant les notions d'occupation, de participation occupationnelle, de satisfaction occupationnelle ainsi que la MCRO qui découle du MCREO. L'exploration de ces éléments nous a amenés à formuler notre question de recherche et une hypothèse.

Suite à des entretiens avec des ergothérapeutes exerçant en UVP et l'analyse de ces entretiens, nous avons réfuté l'hypothèse. Pour autant, les ergothérapeutes ont une démarche occupation-centrée et valident le fait que les occupations significatives favorisent la participation et la satisfaction des résidents, même avec des troubles cognitifs importants.

La suite de ce travail serait d'apporter une réflexion sur le développement d'outils évaluatifs normés adaptés aux spécificités de l'UVP, afin de permettre aux ergothérapeutes de structurer et de rendre visible une démarche qu'ils mettent déjà en pratique au quotidien.

# Bibliographie

## Ouvrages

- Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité. Dans *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 207-217). De Boeck Supérieur.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1994). *La mesure canadienne du rendement occupationnel*. CAOT Publications ACE.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur. <https://anfe.fr/product/modeles-conceptuels-en-ergotherapie-introduction-aux-concepts-fondamentaux/>
- Pierce, D. (2016). Chapitre 1. La science de l'occupation. Une base de connaissances disciplinaires puissante pour l'ergothérapie. Dans D. Pierce, *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 23-32). De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-23?lang=fr>
- Polatajko, Polatajko, H. J., Mandich, A., Bilodeau, M., MacIntosh, J., Missiuna, C., & Townshend, A. (2007). *Représentation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel*. Dans *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. CAOT Publications ACE.

## Articles

- Chen, R., Chien, W.-C., Kao, C.-C., Chung, C.-H., Liu, D., Chiu, H.-L., & Chou, K.-R. (2018). Analysis of the risk and risk factors for injury in people with and without dementia : A 14-year, retrospective, matched cohort study. *Alzheimer's Research & Therapy*, 10(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0437-0>
- Connor, L. T., Wolf, T. J., Foster, E. R., Hildebrand, M. W., & Baum, C. M. (2016). Chapitre 9. Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. Dans D. Pierce, *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 125-137). De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-125?lang=fr>
- Eakman, A. M., Carlson, M. E., & Clark, F. A. (2010). The meaningful activity participation assessment : A measure of engagement in personally valued activities. *International Journal of Aging and Human Development*, 70(4), 299-317. <https://doi.org/10.2190/AG.70.4.b>
- Gil, R., & Arroyo-Anllo, E.-M. (2019). Émotions et maladie d'Alzheimer : Neuropsychologie et enjeux éthiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(112), 233-240. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.04.003>
- Ishikawa, S., Fujii, K., Kunoh, K., & Kimura, D. (2024). Assessment of the effect of meaningful occupations on motivation by orbitofrontal cortex activation using near-infrared spectroscopy. *Cureus*, 16(8), e66541. <https://doi.org/10.7759/cureus.66541>

- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOTHérapies*, 77, 37-44.
- Mignot, T. (2012). La place du psychologue en EHPAD. *Psychologues et Psychologies*, 220(6), 28-31. <https://doi.org/10.3917/pep.220.0028>
- Tekin, S., Fairbanks, L. A., O'Connor, S., Rosenberg, S., & Cummings, J. L. (2001). Activities of daily living in Alzheimer's disease : Neuropsychiatric, cognitive, and medical illness influences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(1), 81-86. <https://doi.org/10.1097/00019442-200102000-00013>
- Vallée, C. (2018). L'enseignement formel de la science de l'occupation en ergothérapie : un vecteur de changement et de développement pour la profession. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 63-80. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.118>

### **Autres références**

- ANFE. (s. d.). *La profession*. <https://anfe.fr/la-profession/>
- ANFE. (2015). *Quel est le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD ?* [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Quel-est-le-role-dun-ergotherapeute-en-EHPAD\\_Sept-2015-n°27.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Quel-est-le-role-dun-ergotherapeute-en-EHPAD_Sept-2015-n°27.pdf)
- ANFE. (2018). *Sciences de l'occupation : de la théorie à la pratique*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/11/LME\\_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique\\_Dec2018\\_40.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/11/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Dec2018_40.pdf)
- ANFE. (2019). *Sciences de l'occupation : de la théorie à la pratique*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME\\_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique\\_Sept2019\\_43\\_1.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Sept2019_43_1.pdf)
- ANESM. (2009). *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/accompagnement\\_etablissement\\_medico\\_social.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/accompagnement_etablissement_medico_social.pdf)
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2008). *Les occupations et la santé*. [https://caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20\(2008\).pdf](https://caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20(2008).pdf)
- Berhuet, S., Jauneau-Cottet, P., & Hoibian, S. (2018). *Les processus d'entrée en structure d'accueil pour personnes âgées vus par leurs proches*. CREDOC. <https://www.credoc.fr/publications/les-processus-dentree-en-structure-daccueil-pour-personnes-agees-vu-par-leurs-proches-1>
- C.M., & AFP. (2026). *Ne les appelez plus Ehpads mais Maisons France Autonomie*. Banque des Territoires. <https://www.banquedesterritoires.fr/ne-les-appelez-plus-ehpad-mais-maisons-france-autonomie>
- CMVRH. (2014). *Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information*. [https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_62\\_cle581f59.pdf](https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf)

- Code de la santé publique. (2025). *Titre III : Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien (Articles L4331-1 à L4334-2)*. Légifrance. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155068/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155068/)
- de la Sayette, V., Viader, F., & Chapon, F. (2012). *Une démence fréquente : La démence à corps de Lewy*. Académie nationale de médecine. <https://www.academie-medecine.fr/une-demence-frequence-la-demence-a-corps-de-lewy/>
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2016). *Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/etude-qualitative-sur-les-conditions-de-travail-dans>
- France Alzheimer. (s. d.). *Premiers signes et diagnostic*. <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/premiers-signes-diagnostic/>
- France Alzheimer. (2021, 25 novembre). *Comprendre la mémoire à long terme et à court terme*. <https://www.francealzheimer.org/memoire-long-terme-court-terme/>
- France Travail. (2025, 31 juillet). *Animateur gérontologie*. <https://prendresoin.francetravail.fr/actualites/animateur-gerontologie>
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/alzheimer\\_-\\_actes\\_dergotherapie\\_et\\_de\\_psychomotricite\\_-\\_document\\_dinformation\\_2010-03-25\\_12-06-15\\_255.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2018, mai). *Préserver l'autonomie cognitivo-fonctionnelle*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche\\_12\\_tnm\\_preserver\\_autonomie\\_cognitivo-fonctionnelle.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_12_tnm_preserver_autonomie_cognitivo-fonctionnelle.pdf)
- Huang, J. (2025a). *Démence frontotemporale*. MSD Manuals. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/neurologie/syndrome-confusionnel-et-demence/demence-frontotemporale>
- Huang, J. (2025b). *Troubles cognitifs et démence vasculaires*. MSD Manuals. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/neurologie/syndrome-confusionnel-et-demence/troubles-cognitifs-et-demence-vasculaires>
- Inserm. (2025). *Maladie d'Alzheimer*. <https://www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie/>
- Institut Pasteur. (2023). *Alzheimer (Maladie d')*. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/alzheimer-maladie>
- Leroux, G. (2025, 13 mars). *Alzheimer : 1,4 M de personnes malades en 2025*. France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/prevalence-de-la-maladie-dalzheimer-et-des-maladies-apparentees-14-m-de-personnes-malades-en-2025/>
- Ministère de la Santé. (s. d.). *Plan Alzheimer - Épidémiologie*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2epidemiologie.pdf>

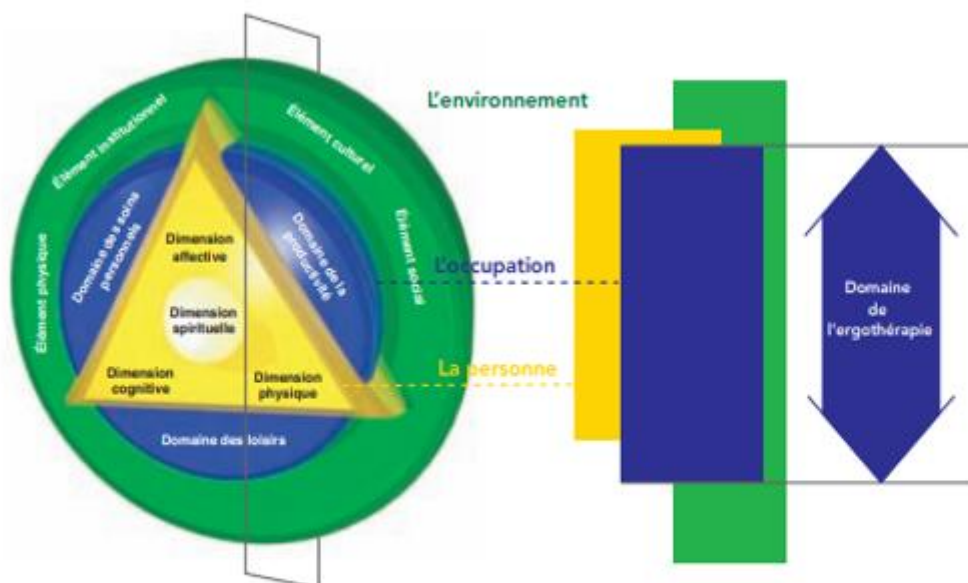
- Ministère des Solidarités. (2023, 21 septembre). *Lancement de la Stratégie nationale Maladies Neurodégénératives 2025-2030*. <https://solidarites.gouv.fr/strategie-nationale-maladies-neurodegeneratives-lancement-des-travaux-de-concertation>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2025). *La démence*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pour les personnes âgées. (2024, 18 octobre). *L'assistant de soins en gérontologie*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/l-assistant-de-soins-en-gerontologie>
- Pour les personnes âgées. (2025a). *Alzheimer en EHPAD : quel accompagnement ?* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement>
- Pour les personnes âgées. (2025b, 2 juillet). *Les EHPAD*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
- Ricroch, L. (2024). *ER1302*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-05/ER1302.pdf>
- Santé Publique France. (2022). *La maladie*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladie-dalzheimer-et-autres-demences/la-maladie>
- Santé Publique France. (2023). *Maladies neurodégénératives*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-neurodegeneratives>
- World Federation of Occupational Therapists. (2023). *Definitions of occupational therapy from member organisations*. <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
- World Federation of Occupational Therapists. (2025). *About occupational therapy*. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

# Annexes

## Table des annexes

Annexe I : Représentation du MCREO.....	1
Annexe II : Grille d'entretien de la MCRO.....	2
Annexe III – Guide d'entretien.....	5
Annexe IV - Loi JARDE.....	11
Annexe V - Formulaire de consentement.....	12
Annexe VI - Retranscription d'entretien.....	15

**Annexe I :** Représentation de la MCRO



*Représentation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel par Polatajko et al, 2007*

## Annexe II : Grille d'entretien de la MCRO

# LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

DEUXIÈME ÉDITION

Auteurs :  
Mary Law, Sue Baptista, Anne Carswell,  
Mary Ann McCell, Helene Polatajko, Nancy Pollock

La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est une mesure individualisée conçue à l'intention des ergothérapeutes pour déceler les changements qui se produisent sur une période donnée et tels que perçus par les individus eux-mêmes concernant leurs problèmes de rendement occupationnel.

Nom du client :		
Âge :	Sexe :	ID# :
Répondant (si autre que le client) :		
Date de l'évaluation :	Date prévue de la réévaluation :	Date de la réévaluation :
Thérapeute :		
Établissement/organisme :		
Programme :		
Publié par CAOT Publications ACE	• M. Law, S. Baptista, A. Carswell, M.A. McCell, H. Polatajko, N. Pollock	

ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL	ÉTAPE 2 : ÉVALUATION DE L'IMPORTANCE
<p>Pour déterminer les problèmes, les préoccupations et les questions de rendement occupationnel, faites l'entrevue du client par des questions sur ses activités quotidiennes concernant ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs. Demandez au client de décrire les activités quotidiennes qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser ou qu'il devrait réaliser en l'encourageant à penser à une journée type. Demandez ensuite au client, lesquelles de ces activités il n'arrive pas à réaliser actuellement à sa propre satisfaction. Consigner ces activités qui posent problème dans les étapes 1A, 1B, ou 1C.</p>	<p>A l'aide des fiches de cotation fournies, demandez au client de coter, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'il accorde à chaque activité. Inscrivez les cotes dans les cases correspondantes comprises dans les étapes 1A, 1B ou 1C.</p>
<p><b>ÉTAPE 1 A : Soins personnels</b></p> <p>Soins personnels (Ex : habillement, bain, alimentation, hygiène)</p> <p>Mobilité fonctionnelle (ex : transfert à l'intérieur, à l'extérieur)</p> <p>Vie Communautaire (ex : transport, amplettes, finances)</p>	<p><b>IMPORTANCE</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>1B : Productivité</b></p> <p>Travail rémunéré/non rémunéré ( Ex trouver ou garder un emploi, bénévolat)</p> <p>Gestion domestique (ex : ménage, lessive, préparation des repas)</p> <p>Jeux/travail scolaire (ex : habiletés de jeu, devoirs scolaires)</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>

1C : LOISIRS	IMPORTANCE
loisirs tranquilles (ex : passe temps, artisanat, lecture)	<input type="text"/>
loisirs actifs (ex: sports, séries, voyages)	<input type="text"/>
socialisation (ex: visites appels téléphoniques, soirées, correspondance)	<input type="text"/>

**ÉTAPES 3 & 4 : COTATION - ÉVALUATION INITIALE ET RÉÉVALUATION**

Confirmer avec le client les 5 problèmes les plus importants et inscrire les ci-dessous. À l'aide des fiches de cotation, demander au client de coter chaque problème en fonction de son rendement et de sa satisfaction, calculer ensuite les scores totaux. Les scores totaux sont calculés en additionnant ensemble les scores de tous les problèmes du rendement ou de la satisfaction, divisée ensuite par le nombre de problèmes. Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau chaque problème en fonction du rendement et de la satisfaction. Calculer les nouveaux scores et changer le score.

Évaluation initiale :			Réévaluation :	
PROBLÈMES DE RENDEMENT	RENDEMENT 1	SATISFACTION 1	RENDEMENT 2	SATISFACTION 2
<b>OCCUPATIONNEL :</b>				
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COTATION :	RENDEMENT	SATISFACTION	RENDEMENT	SATISFACTION
Scores totaux du rendement ou de la satisfaction	SCORE 1	SCORE 1	SCORE 2	SCORE 2
	0	0	0	0
Score Total = $\frac{\text{Score}}{\# \text{ de Problèmes}}$	5	5	5	5
	= 0,00	= 0,00	= 0,00	= 0,00

CHANGEMENT DANS LE RENDEMENT = cote de rendement 2  — cote de rendement 1  =

CHANGEMENT DANS LA SATISFACTION = cote de satisfaction 2  — cote de satisfaction 1  =

## **Annexe III** : Guide d'entretien

### **Thème 1 : Occupations significantes**

a. Pouvez-vous décrire une journée en uvp?

Relance : Qu'est-ce qui guide habituellement le choix des activités que vous proposez ?

Relance : Comment choisissez-vous avec qui vous intervenez en priorité ?

b. Travaillez-vous avec les résidents des occupations significantes ?

Relance : Pouvez-vous me donner des exemples d'occupations significantes que vous avez utilisés en séance ?

c. Pourquoi le choix de ces activités ? Qu'est-ce qui les rends significantes ?

d. Comment les travaillez-vous avec ces résidents?

Relance : Comment l'initiez-vous avec le résident?

Relance : Comment la mettez-vous en place dans l'infrastructure de l'uvp?( architecture, soignants, autres patients, horaires...)

Relance : Pouvez-vous me donner un exemple concret?

### **Thème 2 : Evaluation**

a. Utilisez-vous une évaluation pour déterminer les occupations significantes d'un résident ?

↳ Relance : Si oui : quel outil ou quelle méthode utilisez-vous ? Utilisez-vous plutôt des outils normés ou non normés ?

↳ Relance : Si non : comment procédez-vous alors ?

b. Faites-vous une différence dans votre évaluation si l'activité est significative ou non?

c. Rencontrez-vous des difficultés pour évaluer les résidents?

Relance : quelles sont-elles ?

↳ Relance : Est-ce que certains troubles (anosognosie, aphasie, troubles de la compréhension, de la mémoire) modifient votre façon d'évaluer ?

d. comment faites-vous quand la personne n'est pas en capacité de verbaliser?

Relance : Utilisez-vous des sources comme l'entourage, le dossier de vie, ou l'observation directe afin d'identifier ?

e. Comment tracez-vous cette évaluation?

↳ Relance : Est-ce formalisé dans le dossier du résident ou dans un outil propre à votre pratique ?

f. En quoi cette évaluation influence-t-elle vos interventions suivantes?

↳ Relance : Avez-vous un exemple ou une évaluation vous a conduit à modifier significativement votre approche ?

g. Quels sont les effets de ces évaluations sur le résident sur le moment?

h. Rencontrez-vous des contraintes institutionnelles ou organisationnelles pour réaliser cette évaluation ?

### **Thème 3 : Satisfaction**

a. Comment repérez-vous qu'un résident est satisfait ou au contraire insatisfait pendant ou après une activité ?

Relance : Quels signes verbaux, non-verbaux ou comportementaux utilisez-vous ?

Relance : Ces indicateurs sont-ils les mêmes pour tous les résidents, ou adaptez-vous votre lecture selon la personne ?

b. Évaluez-vous la satisfaction du résident dans ses occupations significatives ?  
Comment ?

c. Avez-vous observé une différence de satisfaction entre une occupation significative et une activité plus générique ?

#### **Thème 4 Participation**

a. Comment définiriez-vous la participation occupationnelle des résidents de l'uvp ?

↳ Relance : Est-ce que participer à une activité suffit, selon vous, pour parler de participation occupationnelle ?

↳ Relance : Comment faites-vous la différence entre un résident qui participe activement et un résident simplement présent ?

b. Évaluez-vous la participation du résident dans ses occupations significatives ?  
Comment ?

Relance : Avez-vous des indicateurs spécifiques ?

c. Comment adaptez-vous vos interventions pour favoriser une participation active plutôt que passive ?

↳ Relance : Le travail en groupe ou en individuel change-t-il quelque chose au degré de participation ?

d. Avez-vous observé une différence de participation entre une occupation significative et une activité plus générique ?

#### **Thème 5 : Lien satisfaction et participation**

a. Selon vous, quel lien existe-t-il entre la participation d'un résident à une occupation significative et sa satisfaction ?

↳ Relance : Avez-vous observé des situations où un résident participait sans être satisfait ?  
Ou l'inverse ?

↳ Relance : Est-ce que la satisfaction vous semble être une condition de la participation, ou plutôt une conséquence ?

## **Thème 6 : MCRO**

a) Connaissez-vous la MCRO ?

Si pas connu, expliquer l'outil : Outil centré sur la personne et ses occupations, qui mesure le rendement (performance) et la satisfaction dans la réalisation de ces occupations que la personne juge importantes. Le rendement et la satisfaction sont cotés de 1 à 10. L'importance est cotée dans l'ordre croissant d'importance en fonction du nombre d'occupations significatives relevées.

b) Utilisez-vous la MCRO dans votre intervention ?

Si la MCRO est utilisée :

c1) Dans quels contextes et à quels moments l'utilisez-vous avec les résidents de l'UVP ?

Relance : Comment les résidents répondent-ils concrètement à cet outil, la passation se passe comment ?

c1.1) Pourquoi avoir choisi d'utiliser la MCRO ?

c1.2) Qu'est-ce que la MCRO vous apporte dans votre pratique ?

Relance : Quelles dimensions vous semblent les plus utiles, le score de performance, le score de satisfaction, ou autre chose ?

c1.3) Utilisez-vous la MCRO pour identifier les occupations significatives des résidents ?

Relance : Si oui, est-ce que c'est la principale raison pour laquelle vous l'utilisez, ou plutôt un bénéfice secondaire ? Si non, comment identifiez-vous alors les occupations significatives avant de passer la MCRO ?

c1.4) Avez-vous observé que l'utilisation de la MCRO modifie la façon dont vous centrez vos interventions sur les occupations significatives du résident ?

Relance : Est-ce que cela a un effet sur la participation du résident à ces occupations ?

↳ Relance : Avez-vous un exemple concret où la MCRO vous a permis de mieux cibler les occupations et d'améliorer la participation ?

c1.5) Quelles limites avez-vous identifiées dans l'utilisation du MCRO ?

Relance : Le public constitue-t-il une limite ?

Relance : Avez-vous dû adapter l'outil ? Comment ?

Relance : Y a-t-il des situations où vous ne pouvez pas l'utiliser du tout ?

Si la MCRO est connue mais non utilisée :

c1.6) Qu'est-ce qui fait que vous ne l'utilisez pas en UVP ?

Relance : Est-ce une question de formation, de temps, d'accessibilité, ou d'inadaptation à ce public ?

c1.7) Y a-t-il un autre outil ou une autre méthode que vous utilisez à la place de la MCRO, notamment pour recueillir la satisfaction et les occupations significatives des résidents ?

Relance : Qu'est-ce qui vous a conduit vers cet autre choix ?

Si la MCRO n'est pas connue :

c1.8) Après cette présentation, est-ce que cet outil vous semblerait intéressant avec vos résidents ?

Relance : Qu'est-ce qui vous semblerait difficile à mettre en œuvre ?

Relance : Qu'est-ce qui pourrait être intéressant pour votre pratique ?

Relance : L'aspect de satisfaction et de classement des occupations vous semble-t-il intéressant à évaluer ?

### **Thème 7 : Impact sur la pratique**

a. En quoi ce que vous observez ou évaluez influence-t-il concrètement vos interventions suivantes ?

Relance : Avez-vous un exemple où une évaluation vous a conduit à modifier significativement votre approche ?

b) Avez-vous observé des effets de vos interventions sur la participation occupationnelle des résidents ?

Relance : Comment le savez-vous ? Qu'est-ce qui vous permet de l'affirmer ?

### **Thème 8 — Questions pour finaliser l'entretien**

a. Si vous deviez améliorer une chose dans votre façon d'évaluer la satisfaction, les occupations significatives et la participation occupationnelle de vos résidents, ce serait quoi ?

b) Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter que nous n'avons pas abordé ?

L'entretien est terminé, merci de votre participation



**Institut de formation en ergothérapie La Musse**

CS 20119,  
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent  
tél. : 02 32 07 29 35  
[ife@ifrs-lamusse.net](mailto:ife@ifrs-lamusse.net)

le 07/11/2018

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

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

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

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

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

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

Yves PRUDENT

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

Siège social: 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris tél. : 01 43 26 77 04 fax: 01 40 51 70 01 [larenaiissancesanitaire@ifrs-fondation.net](mailto:larenaiissancesanitaire@ifrs-fondation.net)  
[www.larenaiissancesanitaire.fr](http://www.larenaiissancesanitaire.fr)

## **Formulaire de consentement entretien**

### **1. Présentation du projet**

Dans le cadre d'un travail d'initiation à la recherche, vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Monsieur DEJEAN Léo, étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de l'Hôpital La Musse (27180, Saint-Sébastien-de-Morsent). Cette recherche porte sur l'utilisation d'outils d'évaluation dans le but de centrer l'intervention de l'ergothérapeute sur les occupations significatives de la personne et ainsi favoriser sa participation occupationnelle. Ce projet ne bénéficie d'aucun financement et votre participation ne donnera lieu à aucune compensation financière.

### **2. Déroulement de votre participation**

Votre contribution consistera en un entretien semi-directif d'une durée d'environ 45min-1h.

Cet entretien pourra être réalisé :

- En présentiel
- Par téléphone
- Ou en visioconférence, selon votre préférence

Avec votre accord, l'échange sera enregistré au format audio afin de faciliter son analyse. Cet enregistrement sera utilisé exclusivement dans le cadre de ce travail de recherche. Après retranscription écrite, l'enregistrement ainsi que les notes qui en sont issues seront supprimés.

### **3. Engagement volontaire et droit du participant**

Votre participation repose entièrement sur le volontariat.

Vous êtes libre de :

- D'accepter ou de refuser de participer,
- D'interrompre l'entretien à tout moment,
- De ne pas répondre à certaines questions si vous ne le souhaitez pas.

Aucun risque particulier n'est associé à cette étude, hormis le temps que vous y consacrez.

### **4. Confidentialité et utilisation des données**

Seules les informations nécessaires à la réalisation de cette recherche sont recueillies. Les données collectées seront traitées de manière strictement confidentielle et anonymisées. Si vous en exprimez le souhait, les résultats de l'étude pourront vous être communiqués selon les modalités que vous indiquerez.

#### 5. Modalités de consentement

Si vous acceptez de participer, il vous est demandé de compléter et signer le présent document.

Deux exemplaires seront établis :

- Un exemplaire conservé par le responsable de la recherche,
- Un exemplaire conservé par vous-même.

Si certains éléments de ce document vous semblent imprécis ou difficiles à comprendre, vous êtes invité(e) à demander des explications complémentaires avant de signer.

#### Déclaration de consentement

Je soussigné(e) :

.....

Déclare avoir pris connaissance des informations relatives à l'étude mentionnée ci-dessus et accepter d'y participer librement et en toute connaissance de cause.

Je reconnais :

- Avoir été informé(e) de l'objectif de la recherche portant sur l'utilisation d'outil d'évaluation dans le but de centrer l'intervention de l'ergothérapeute sur les occupations significatives de la personne et ainsi favoriser sa participation occupationnelle.
  
- Autoriser l'enregistrement audio de l'entretien, en sachant que les données seront anonymisées, utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, puis supprimées après retranscription.

Fait le 15/04

A Caen

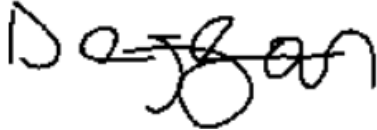
Signature de l'étudiant :

DEJEAN Léo

Etudiant en 3eme année – IFE  
La Musse

[leodejean14@gmail.com](mailto:leodejean14@gmail.com)

0767889140



Fait le.....

A.....

Signature du participant :

#### **Annexe IV** : Retranscription d'entretien

Léo : « OK, alors du coup, il faut que je te demande ton autorisation d'enregistrement ».

E1 « Ouais c'est bon, c'est bon »

Léo : « Alors est-ce que, est-ce que tu as des questions avant de commencer ? »

E1 : « Non, pas particulièrement. »

Léo : « En quelle année t'as eu ton diplôme ? »

E : « 2014. Juillet 2014. »

Léo : « Et depuis quelle année tu travailles ici ? »

E : « J'ai commencé en octobre 2024. »

Léo : « Est-ce que tu peux nous expliquer un peu c'est quel type d'établissement ? »

E : « Donc c'est un EHPAD qui fait partie d'un groupe qui s'appelle X, qui fait partie du groupe plus global X, c'est une association qui est à but non lucratif. Donc l'EHPAD dans lequel je travail, c'est un EHPAD à but non lucratif également qui accueille des, des personnes âgées, dont le maintien à domicile est compliqué. Il y a 100 résidents et donc qui est divisé en deux secteurs, une partie en EHPAD conventionnel. Donc il y a 75 résidents et il y a 25 résidents en unité de vie protégée »

Léo : « Et donc toi t'estimes à l'heure actuelle ton temps de travail à l'UVP dans une semaine environ ? »

E : « Alors je suis à 90 % déjà. Là comme ça, elle est, elle est pas importante pour le coup. En général, j'y suis quand il y a une perte forte d'autonomie, donc plutôt au niveau du matériel. Une demi-journée. C'est 10 %, je dirais 10 % de mon ouais, un petit peu plus 15 % de mon temps, sans parler de toutes les réunions à côté qui aussi sont en partie utile pour prendre des décisions en unité dédiée. Mais à proprement parler, moi quand je suis en unité protégée, ça doit être 20 % de mon temps maximum. »

Léo : « OK, c'est quand la date de début d'intervention en unité du protégé est-ce que c'est la même date que quand t'es quand t'es arrivé ici ? »

E : « Non, pas du tout, j'ai mis du temps avant d'intervenir en unité dédiée, puisque je savais pas spécialement comment faire. Mais alors à part quand il y avait une nécessité de matériel, mais sinon c'est grâce à un groupe équilibre que j'ai commencé à intervenir plus régulièrement en unité dédiée. »

Léo : « Est-ce que tu aurais l'année environ ? »

E : « Et ben ce serait mars 2025 ».

Léo : « Donc on va commencer un peu les questions qui sont plus dans le vif du sujet. Du coup j'ai basé mes questions sur les occupations significatives, la satisfaction et la participation occupationnelle. OK, donc pour commencer, est-ce que tu peux me décrire pour toi c'est quoi une journée type grosso modo en UVP ? »

E : « Alors je vais te répondre une réponse bateau, mais en fait ça va dépendre du résident parce que pour le coup c'est ce qui est intéressant en unité de vie protégée, c'est que on parle du résident, la journée d'un résident La mienne ou celle du résident ? »

Léo : « La tienne de ce que tu peux y intervenir. »

E : « Ah ok, pardon, j'avais pas compris. Une journée en UVP... Il y en a pas, il y a pas de journée type, ça va vraiment être en fonction des demandes des soignants. Et sur une semaine, ça va être plus facile pour moi de te le décrire, c'est possible ? »

Léo : « Oui carrément. »

E : « Du coup les mercredis après-midi ou le matin en fonction du groupe, c'est les mercredis j'ai une heure avec eux pour l'atelier équilibre. Et sinon c'est des interventions ponctuelles qui me permettent de voir un peu l'installation des personnels, le matériel et aussi gérer les entrées si besoin. Clairement, mon intervention en unité de vie protégée, elle est essentiellement liée au matériel, donc je les vois en général quand il y a une grosse perte d'autonomie. Rien à voir avec la maladie d'Alzheimer et ce pourquoi ils sont là mais c'est pas grave. C'est la vérité. »

«Léo : D'accord. On va passer au thème 1 d'abord. Et pour commencer qu'est-ce qui guide habituellement le choix des activités que tu proposes ? Pourquoi tu proposes ces activités ?

E : « Alors moi j'ai décidé de partir sur l'atelier équilibre donc davantage moteur parce que sinon on a la chance dans notre établissement d'avoir une psychologue qui fait beaucoup d'ateliers mémoire et d'ateliers cognitifs, de stimulation cognitive auprès des résidents. Et on a maintenant une psychomotricienne de 80 % qui fait beaucoup de jeux avec eux. Et de la aussi de la stimulation, donc il y avait peu de stimulation motrice pour à part une animatrice qui faisait de la gym douce. Mais sinon il y avait assez peu de stimulation au niveau sur le plan moteur, donc j'ai décidé de prendre cette partie là en tant qu'ergo. »

Léo : « Et comment tu choisis un peu quel résident tu vas prendre prioriser en fonction enfin comment tu choisis tes résidents ? »

E : « C'est les personnes dont la compréhension est compatible avec les avec les les indications que je vais donner avec les j'ai pas le mot avec les consignes que je vais donner. Et ça, ça dépendra du potentiellement, du MMS qui est réalisé par la psychologue. Mais je me réfère pas au MMS pour savoir qui je prends ou non. Ça va être vraiment sur l'observation »

Léo : « OK Est-ce que tu travailles avec les résidents les occupations significantes ? je peux te donner une définition si tu veux d'occupante. »

E : « Je pense que je l'ai, mais vas-y (rigole) »

Léo : « C'est les activités qui ont du sens pour la personne, elles vont être différentes pour chaque personne et elles apportent de la satisfaction à tous les besoins psychiques des personnes. Donc ça peut-être la sécurité, l'épanouissement personnel ou l'autonomie. »

E : « La réponse c'est non, je le fais pas. »

Léo : « Et du coup, comment tu choisis les activités avec les résidents ? ».

E : « Alors pour le coup, je reviens sur c'est pas forcément non parce que en fait ça va être plutôt, je vais Je le fais dans l'autre sens, c'est que à mon sens, c'est difficile quand t'as 25 résidents, si on parle que de l'UVP, de proposer une activité significative à chacun. Par contre, je propose des activités qui peuvent être significantes et je l'ai pas dit avant mais, il y a alors, c'est pas tout le long de l'année. Mais par exemple, si je prends le potager, qui est mis en place au sein de la résidence, les personnes dont l'activité potager ou jardinage faisaient un sens, où s'ils en faisaient avant de rentrer

en institution, je vais proposer à ces personnes-là. Et ça c'est à travers le PAP qu'on va savoir. Projet d'Accompagnement Personnalisé. Mais pour le coup c'est dans l'autre sens, c'est je prends pas le PAP du résident et en fonction je réponds à des des demandes, mais voilà j'ai des moyens à ma disposition et en fonction des gens, je vais leur proposer. »

Léo : « Pourquoi ces activités qu'est-ce qui les rend signifiantes ? »

E : « Alors attends pourquoi ça les rend signifiantes ? C'est les gens qui rendent les activités signifiantes parce que c'est eux qui ont déjà donné du sens en fait à ces activités avant même que moi je les propose, après je sais que par exemple, l'activité potager pour cette génération là ça peut avoir du sens, mais autant que la cuisine. Il peut, mais pour le coup, c'est aussi une question qu'on peut se poser à développer la cuisine en UP et ça aussi cette partie là, elle est faite par la psychologue et la psychomotricienne. Donc je ne double pas les activités. Et puis je suppose que les activités, c'est aussi en fonction des affinités avec les activités des thérapeutes. La psychologue aime la pâtisserie donc elle propose beaucoup de pâtisserie. Moi je suis plutôt à être dehors et faire du jardin donc je vais plutôt proposer ça. Parce que je pense qu'il n'y a pas que l'ergothérapeute qui a un rôle dans l'activité signifiante et significative. Du moins pas ici, on est assez transdisciplinaire pour le coup. »

Léo : « Et du coup comment tu travailles des occupations signifiantes avec les résidents ? »

E : « Je programme l'activité à une date donnée et ils peuvent venir ou non, il y a pas de, il y a pas de préparation à faire l'activité.»

Léo : « Et comment tu vas les mettre en œuvre avec les résidents »

E : « Globalement sur c'est des idées, des essais si ça fonctionne, on essaye de pérenniser un maximum dans le temps, si ça fonctionne pas, on passe à autre chose. C'est en fonction des projets, en fonction des résidents qui sont là, c'est pas non plus toujours les mêmes, ça tend à évoluer, donc ça va être, ça peut-être aussi en fonction de eux leurs demandes, mais là non il n'y a pas de protocole de mise en place d'activités signifiantes. »

Léo : « Et comment tu la mets en place dans l'unité de vie protégée enfin dans l'infrastructure de l'UVP ? »

E : « Et bah en fonction des résidents, on va essayer d'adapter un maximum donc alors si on parle de on va prendre deux exemples, on va prendre l'exemple de la cuisine, même si c'est pas moi le propose, qui va le faire mais un ergothérapeute pourrait le faire. Si jamais c'est des personnes qui peuvent pas spécialement se déplacer, il y a toujours moyen d'adapter dans l'unité dédiée pour qu'il y ait un maximum et puis aussi pour permettre un maximum de monde de participer, activement ou même de manière passive, et le, pareil pour le potager en fonction des capacités, ça peut-être soit dans le jardin de l'établissement, soit sur le balcon de l'établissement en fonction. Donc on essaie d'adapter en fonction des contraintes environnementales, des contraintes physiques, des capacités, incapacités des personnes. Est-ce que j'ai répondu à ta question ? »

Léo : « Oui, est-ce que tu as des exemples que tu peux modifier dans l'infrastructure de l'UVP est-ce que tu vas modifier l'architecture de l'UVP est-ce que tu vas utiliser demande à d'autres soignants de venir ? Ou modifier les horaires en fonction de là où les patients sont plus à même d'être ? »

E : « Non pareil, l'UVP, en fait c'est, on s'adapte, ils ont plus cette capacité d'adaptation en unité dédiée donc c'est à nous de voir à quel moment, et puis des fois on programme avec certaines personnes qu'on a, on a une idée des personnes avec qui on va proposer et finalement ce sera pas eux et on s'adapte au fur et à mesure. Mais c'est la vie en unité de vie protégée. Il n'y a pas de rythme à proprement parler, mis à part le leur et si ils sont très, très, j'ai toujours pas le mot, très calé dans le temps, et bah on va respecter ça, et si jamais ils décident de dormir jusqu'à midi, on laissera dormir jusqu'à midi. Donc adaptation pour le coup pour cette réponse. »

Léo : « Donc adaptation des soignants du coup. ? »

E : « Et de l'environnement si besoin, mais ça c'est le propre l'ergo en fait sur le moment tu adaptes l'environnement en fonction des contraintes que t'as. »

Léo : « D'accord, alors là on va passer au thème 2 d'ailleurs c'est la partie évaluation. »

E : « Ahah, Pardon \*rit\*. »

Léo : « Est-ce que tu utilises une évaluation pour déterminer les occupations significatives d'un résident ? »

E : « Absolument pas. »

Léo : « Est-ce que par exemple tu utilises un peu l'observation ? »

E : « Oui c'est de l'observation, mais c'est de l'observation au quotidien, c'est pas une observation, c'est une observation au quotidien et c'est pas que la mienne. Ça va être celle des, ça va être celle des soignants, ça va être celle des autres paramédicaux, ça va être même les, le PAP rentre en compte beaucoup dans l'activité signifiante et significative, on a l'histoire de vie des personnes avant, donc j'ai envie de dire, je vais pas doubler le, je double pas l'évaluation et le PAP peut, si le PAP est bien réalisé, il suffit à l'évaluation des activités signifiantes. »

Léo : « Du coup j'avais des questions, faites-vous une différence dans votre révélation si l'activité signifie tout non, mais du coup il n'y a pas d'évaluation ? »

E : « À part si on considère que le PAP fait office d'évaluation, c'est pas une évaluation qui est normée, mais elle est potentiellement, elle est pas normée parce qu'elle est adaptée ici, elle est reproductible parce qu'on le fait tous les ans et tous les six mois, pour le coup, le PAP c'est tous les six mois en un de vie protégée. Donc c'est plus facile d'adapter. Et oui, à partir du moment où on a des réunions PAP, en fait, on peut, et puis alors la question, c'est signifiant ou significatif ? »

Léo : « C'est faites-vous une différence dans votre évaluation si l'activité est signifiante ? »

E : « Bah, Si oui pour le coup, mais elle est de manière totalement informelle, en fait. La personne aimait faire ceci, la personne appréciait faire telle activité, on va l'inscrire comme je disais tout à l'heure aux activités dont on a déjà mis quelque chose en place. Et si on se rend compte qu'au fil des PAP, ça peut arriver par, par exemple sur la couture. Si on voit qu'il y a plusieurs résidents, alors pour le coup résidente là à proprement parler qui sont intéressés par la couture, ça peut être créé ça a été mis en place. Pour le coup, c'est pas moi qui le mets en tant qu'ergothérapeute. C'est une animatrice qui le fait. Mais d'où la transdisciplinarité encore de l'acte. »

Léo : « OK, est-ce que tu rencontres des difficultés pour évaluer les résidents ? même à travers le PAP ? Par exemple, puisqu'il n'y a pas d'autres évaluations en tant que telles, à travers le PAP, est-ce que tu as des difficultés à faire passer cet entretien ? »

E : « Alors pour le coup, le PAP, il est réalisé par les soignants qui les connaissent beaucoup mieux que moi au quotidien pour le coup. Notamment, il y a une aide-soignante en hebdo qui les connaît très bien. Oui, pour le coup, il y a des difficultés à

réaliser ces entretiens-là, les bilans ergo de toute façon il n'y en a pas qui ont été mis en place. La seule évaluation, elle serait potentiellement du PAP et c'est et oui c'est pour ça qu'on a deux trames différentes et dont une trame B c'est là où on a les difficultés ou c'est le soignant qui répond sur les habitudes de vie du du résident. Et si on reste sur l'activité signifiante potentiellement heu, on a l'histoire de vie. »

Léo : « Est-ce que tu peux me parler un peu des difficultés que tu pourrais rencontrer pour faire passer le PAP ou que les soignants ont pour le PAP ? »

E : Les troubles... ce sont des personnes avec une démence, avec donc ça peut être pluriel, il y en a qui ne parlent pas, il y en a qui ne comprennent pas, il y en a qui ne se souviennent pas. La difficulté, elle est plus de s'adapter en fait aux résidents. Il y a des personnes qui ne sont plus en capacité de dire, en fait, et d'exprimer même juste un besoin, ou qu'est-ce qu'une activité ? Elles seraient là les difficultés. D'où l'importance du PAP et d'histoire de vie. Et ça peut être compensé aussi par l'entourage.

Léo : « Est-ce que il y a certains troubles qui vont modifier ta façon d'évaluer ? »

E : « Pas moi à proprement parlé. On fait beaucoup d'observations en unité de vie protégée, c'est basé là-dessus, l'évaluation. »

Léo : « Et comment tu fais pour évaluer quand la personne n'est pas capable de verbaliser ? »

E : « On est toujours sur l'activité signifiante ? Significative ? »

Léo : « Euh oui signifiante »

E : « L'entourage »

Léo : « Est-ce que t'as des d'autres pistes comme par exemple moi j'avais pensé au dossier patient ou les observations directes ? »

E : « On peut en proposer en soi, en imaginant que la personne peut, pourrait aimer l'activité et qu'elle devienne qu'elle commence à avoir un sens pour la personne. Mais et, on voit, en fonction des réactions de si la personne sourit, si la personne a des émotions, mais ça va être s'est basé sur une sur une autre observation directe comme tu dis. Mais pour le coup pour moi à mon sens, on sort de l'activité, de l'activité qui a du sens puisqu'on ne le sait pas encore. Donc je sais pas trop ou ça se situe. Après des fois, on peut proposer le potager et finalement la seule activité, la personne trouve du sens dans l'activité potager parce qu'elle est dehors et qu'il y a du soleil et son

activité c'était bronzer. Mais on le sait pas. Donc à partir du moment où la personne ne communique pas et nous dit pas donc on va le faire sur le visage et les réactions et la gestuelle, mais qu'est-ce qui est réellement, qu'est-ce qui apporte réellement une satisfaction et du sens en fait à cette activité ? C'est pas facile de savoir. Si ça se trouve, il y a une odeur à ce moment-là qui va être présente, qui va rappeler un souvenir. Et on ne saura pas laquelle non plus parce qu'elle n'est pas capable de nous le dire.

Léo : « Ok, ensuite j'ai comment tracez-vous cette évaluation ? »

E : « PAP, projet de vie personnalisé, ensuite dans le logiciel de soins. C'est revu tous les six mois pareil, c'est vraiment on est vraiment autour du PAP là je pense quand on parle d'activité et de sens, on est dans pure PAP projet d'accompagnement personnalisé, elle est, elle est sur le soin et elle est sur les activités et pour le coup, le nôtre est vraiment basé sur les activités, est-ce qu'elle aime, est-ce qu'elle aime le collectif, est-ce qu'elle aime l'individuel, est-ce qu'elle aime les activités manuelles, est-ce qu'elle aime les activités artistiques ? À la fin, on sait, nous pour le coup le nôtre il est vraiment basé là-dessus. Ouais, il est très axé même au-delà, il est basé sur l'animation. C'est un bel outil pour l'animation, après, on peut s'en servir aussi en tant qu'ergo si on a les moyens qui peuvent répondre à des envies. »

Léo : « Est-ce que tu as remarqué que l'utilisation du PAP ça avait une incidence sur le résident sur le moment ? Les infos que tu vas récupérer du patient sur le PAP ? Est-ce que lui, tu vas voir qu'il y a un peu plus d'intérêt dans la prise en soin ou dans ce qu'on lui propose, dans la façon de faire ? »

E : « Je sais pas. Il est censé alors faut que je reste sur l'unité de vie protégée. Est-ce que lui il ressent. Peut-être je sais pas. C'est une bonne réponse, je sais pas ? \*rit\*

Léo : \*rit\*

E : « Franchement j'en ai aucune idée, après je vais imaginer plus que répondre vraiment à la question.

Léo : « Est-ce que par exemple, je te pose la même question, mais sur le long terme ? Est-ce qu'il y a des effets sur le patient sur le long terme ? »

E : « Ah bah je reste persuadé qu'à partir du moment où tu proposes une activité qui fait sens à quelqu'un, il y a l'aspect motivationnel qui rentre en jeu et donc un maintien

des capacités, un maintien de l'autonomie, un maintien de l'indépendance. Une stimulation cognitive. Oui évidemment de toute façon c'est le sens d'une activité significative en fait c'est de maintenir, c'est de maintenir cette autonomie, maintenir la confiance en soi, l'estime de soi, se rendre compte qu'on est encore capable de faire quelque chose. Que cette activité qu'on aime en fait, peut-être qu'on la fait plus de la même manière. Mais en fait-on peut toujours faire des petites choses, c'est tout. C'est là où l'activité prend tout son sens.

Léo : « Et est-ce que tu rencontres des contraintes institutionnelles ou organisationnelles pour réaliser l'évaluation ? »

E : « Pour réaliser l'évaluation ? »

Léo : « Oui, pour le mettre en place.

E : « L'évaluation ? Bah en fait le fait qu'il n'y ait pas, non »

Léo : « Est-ce que c'est plutôt organisationnel du coup ? »

E : « Non, je pense que c'est humain, le souci, c'est que il y a un moment, il faut que les gens soient formés et je pense qu'en tant qu'ergothérapeute, je manque de formation sur les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Donc la difficulté, elle est humaine et pas organisationnelle ni technique. »

Léo : « On va passer au thème 3, c'est la partie sur la satisfaction »

E : « Vas-y pardon »

Léo : « J'ai une petite définition. La satisfaction correspond aux attentes personnelles ou de l'environnement vis-à-vis de la manière de réaliser une occupation. Ça correspond au sentiment d'efficacité lié à la façon de réaliser une occupation. »

E : « Pour le résident ? »

Léo : « Oui, pour le résident »

E : « C'est logique, mais je préfère demander. »

Léo : « Et du coup, comment tu repères qu'un résident est satisfait ou au contraire qu'il est insatisfait pendant ou après une activité ?

E : « Bah, si il a les capacités de communiquer on lui demandera ou il va nous le communiquer de manière spontanée. Si c'est pas de manière spontanée, on va lui

demander ce qu'il en a pensé. Et s'il n'est pas en capacité de le communiquer verbalement, on va le faire sur observation comme je disais tout à l'heure, donc du visage, des mimiques, de la gestuelle.

Léo : « Est-ce que ces indicateurs c'est les mêmes pour tous les résidents ou tu t'adaptes en fonction de la personne, de ses difficultés ? »

E : « Oui, j'adapte et on adapte tous aussi en fonction de comment, on sait comment réagissent les personnes au bout d'un moment, on commence à les connaître, il y a certaines réactions qui peuvent être attendues ou qui sont inattendues donc ça permet de savoir, mais ça c'est oui je pense que c'est adapté, on adapte au fur et à mesure, rien que déjà s'ils communiquent ou non. Je sais pas si j'ai répondu à la question ?

Léo : « Si si »

E : « Tu me dis si je suis à côté. »

Léo : « Non, non, au contraire. Et est-ce que toi t'évalues la satisfaction des résidents dans ces occupations significantes ?

E : « Oui, mais pareil, c'est en fait, je sais pas si on peut parler d'évaluation, je l'évalue, c'est sur observation. Lorsque je vais faire mon compte rendu, je vais dire si la personne a participé activement ou non, et si elle était satisfaite ou non de l'activité. Mais ça s'arrêtera là. Oui, mais pas à partir d'échelle quoi. Tu n'auras pas une échelle qui dira, qui me permettra de dire si la personne est satisfaite ou non ça va être vraiment sur une observation à un instant T. »

Léo : « Est-ce que tu as observé une différence de satisfaction entre la réalisation d'une occupation significative d'une personne et une activité un peu plus générique ? »

E : « Euh, j'aurais envie de dire oui, en fait, oui à partir du moment où l'activité est significative, la personne est davantage heureuse de la réaliser ou pas d'ailleurs, parce que si elle n'y arrive pas, l'échec peut-être d'autant plus important.

Léo : « Ok, d'accord. On va passer maintenant au thème 4 c'est une partie sur la participation occupationnelle. Du coup, j'ai une définition de la participation occupationnelle à te donner. Et du coup, la participation occupationnelle se définit comme le fait de s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel désiré et/ou nécessaire pour le bien-être de la personne. La participation

occupationnelle correspond un engagement qui implique non seulement la réalisation d'activités, mais aussi l'expérience subjective dans l'agir. »

E : « OK »

Léo : « Toi, comment tu définirais la participation occupationnelle des résidents dans une UVP ? »

E : « Ma définition de l'occupation ? euh de la participation occupationnelle dans l'unité de vie protégée. ? Waouh, la colle ! Comment définir le la participation ? Alors pour moi déjà la participation, elle a, elle peut être et j'en ai déjà parlé active. Et passive. Écouter, par exemple, c'est passif, on n'agit pas forcément, mais la participation est quand même là. Dans un premier temps, après, je, c'est vrai que je sais pas. Je sais pas quoi te répondre qu'est-ce que c'est que la participation occupationnelle des résidents UVP ? Je sais pas pourquoi, je pense tout de suite à mettre la table, retirer la table mais est-ce que c'est pas plutôt des activités qui font qui sont significati, qui sont significatives plus que signifiantes? Je sais pas quoi te dire. »

Léo : « Selon toi, est-ce que participer à une activité ça suffit pour parler de participation occupationnelle ? Est-ce que juste être présent dans une activité ça compte comme la participation ? »

E : « Oui, à partir du moment où elle est souhaitée, bah il y a des personnes qu'on va ça peut exister, qu'on va poser ou qui sont déjà présents et en fait qui vont pas du tout cognitivement, être ils vont être physiquement là, mais cognitivement, ils seront pas dans l'activité pour moi, c'est pas de la participation, c'est pas parce que dans leur environnement, il se passe une activité qu'ils sont forcément participants à l'activité. »

Léo : « Et comment est-ce que tu fais la différence entre un résident qui participe activement et un résident qui est présent ? »

E : « Sur sa participation, sa communication aussi si c'est une activité davantage motrice. À voir comment elle arrive à suivre ou ce qui est proposé, c'est être sur de l'observation. Et si jamais elle n'est pas en capacité de communiquer ou même de réaliser la totalité de l'activité demandée, ça va être sur pareil des mimiques, des émotions, des choses comme ça. Par contre, si la personne est totalement apathique et passive, ça peut ne pas, alors si c'est à son habitude, on ne peut pas vraiment savoir, mais si c'est pas son habitude et qu'il est là à cette activité-là, on voit qu'elle réagit pas, c'est que et là sa participation, elle n'a pas lieu. »

Léo : « Et toi, dans ta pratique ergo, est-ce que tu évalues la participation des résidents dans les occupations significatives ? »

E : « Je ne le fais pas, je pourrais le faire, mais je le note pas, on va dire, je le note pas dans notre dossier de soin, on peut, on a un encart participation et oui non et après satisfaction à la participation, c'est un encart que je remplis pas et si je c'est juste discuter avec les, discuter avec les autres, avec les résidents, mais c'est tout. Donc ce serait plutôt non, j'évalue pas. Par contre, si après, les gens ils sont libres de venir, je reprends le, l'activité l'atelier équilibre que je fais, si la personne ne souhaite pas venir participer, il y a eu l'exemple d'une, d'une patiente, je sais pas si tu la connais Madame B qui a suivi, qui est venue à la séance et qui au moment où elle s'est rendu compte qu'en fait c'était un atelier équilibre, elle n'avait pas spécialement compris ou je n'avais pas suffisamment expliqué. Elle a dit « ah non moi je fais pas ça » et elle s'est assise et elle a dit mais je vous regarde et ça lui allait très bien c'est en fait de regarder ce qui se passait. Pour le coup, est-ce qu'elle a participé ? Est-ce qu'elle a pas participé je sais pas parce qu'elle a pas participé à l'activité pour laquelle elle était venue. Mais elle y a eu une participation à elle. »

Léo : « Et comment t'adaptes tes interventions pour justement favoriser une participation active plutôt que passive ? Est-ce que des choses que tu mets en place ou tu priorises dans l'environnement, dans l'organisation ? »

E : « Alors dans l'organisation, oui, pour qu'il y ait un maximum de participation, c'est pour ça que j'ai multiplié le nombre de groupes d'équilibre. Je reprends cet exemple-là. Pour qu'il y ait des plus petits groupes pour favoriser la participation. J'utilise aussi la paire émulation, il arrive souvent quand même que je demande aux personnes les plus motivées de passer en premier pour que les autres personnes qui le sont moins ou qui peut-être moins de sens dans l'activité participent. Qu'est-ce que j'utilise aussi ? Je vais pas prendre le même environnement si les personnes n'ont pas envie de trop se déplacer, s'ils ont envie de faire l'activité, mais pas trop se déplacer, le balcon de l'UVP, si on reprend le potager ou s'ils veulent aller vraiment dehors, on va aller dans le jardin. Je vais adapter comme ça en fonction de l'environnement que j'ai et puis si je vois qu'une activité ne prend pas auprès de tout le monde, je vais en proposer une autre. »

Léo : « Et est-ce que tu trouves qu'il y a que le travail en groupe ou en individuel change le degré de participation des personnes ? ».

E : « Et ben je sais pas, mais j'ai pris le parti pris de faire du groupe moi pour déjà alors il y a une question de contrainte d'organisation, organisationnelle et aussi parce que je crois dans ma pratique à la stimulation de groupe et à la paire émulation pour que ça fonctionne. »

Léo : « Est-ce que tu as observé une différence de participation entre une activité, une occupation signifiante et une activité plus générique ?

E : « Ouais c'est une gymnastique. Je vais encore te répondre que je crois que oui, parce que si l'activité proposée a un sens, la participation est d'autant plus importante. Mais je parle à titre aussi personnel. Ou une activité qui a du sens pour moi, je vais mettre beaucoup plus de cœur à l'ouvrage qu'une, je trouve que pour le coup c'est dans l'autre sens, en fait, c'est bah, c'est pas dans l'autre sens, je sais pas comment le dire, mais cette question-là, elle va de soi pour moi, c'est du bon sens, en fait. Et puis c'est tout le sens de l'ergo, je vais faire la même réponse en fait, le sens de l'ergo à partir du moment où pour avoir de la participation, on va proposer quelque chose qui plaît. En fait au-delà qu'elle fasse du sens, c'est une activité qui plaît, qui procure du bonheur, c'est ça une activité qui fait sens en toi signifiante. C'est une activité qui te procure du plaisir qui te permet de sécréter de la dopamine qui fait tout ça en fait donc, donc oui. Par contre je me pose la question, est-ce qu'on peut créer en unité de vie protégée de nouvelles activités significatives ? Est-ce que le fait d'arriver d'entrer dans un EHPAD en général ou une unité de vie protégée, on peut créer de nouvelles activités significatives. Est-ce que à force de faire plein de propositions de plein de choses, les personnes finissent moi j'adore aller tous les jours à cet endroit-là, et donc cette activité devient significative sans que ça soit ancré dans leur dans leur passé. Parce qu'on se basait sur les PAP, mais il se renouvelle tous les six mois et je pense qu'au fur et à mesure, on apprécie venir ici prendre du plaisir, on participe à cela et qu'au fur et à mesure, elles évoluent aussi les activités. Je pense que là c'est intéressant de poser cette question. Il peut toujours se baser sur ce qui existe déjà, mais être aussi force de proposition pour en créer de nouveau et pour le coup la contrainte organisationnelle peut-être levée. J'ai fait un pas de côté j'suis désolé »

Léo : « C'est pas grave t'inquiètes. On va maintenant passer au thème 5, donc c'est le lien entre la satisfaction et la participation occupationnelle. Est-ce que toi tu as observé des situations où un résident participait sans être vraiment satisfait ? »

E : « Ah oui ! Oui, pour me faire plaisir, en fait, parce qu'ils sont polis et oui ça arrive. »

Léo : « Et à l'inverse, est-ce que t'as déjà observé des situations où le résident était satisfait, mais sans réellement participer ? »

E : « Ah rarement, oui, c'est arrivé, mais la participation, bah pour le coup, c'est là où on a le, j'ai même envie de te dire non parce qu'elle participe à sa manière. Répète la question s'il te plaît. »

Léo : « Est-ce que t'as des situations où t'as observé des personnes qui étaient satisfaites mais qui participaient pas ? »

E : « Activement du coup quand tu parles de participation, c'est actif ? »

Léo : « Pas forcément. Ça peut être juste être là et être présent. »

E : « Bah la situation de Madame B de que je te disais là. Elle était présente, elle était, elle a pas participé à l'activité proposée à proprement parler. Mais elle était satisfaite d'être là et de voir les autres résidents participer à l'activité. »

Léo : « Et si on prend encore l'effet inverse, est-ce que tu as déjà observé des situations où le résident était satisfait, mais sans participer cette fois-ci activement »

E : « Attends, elle a pas participé activement, mais elle était satisfaite quand même, mais elle serait satisfaite quoi alors ? »

Léo : « Je sais pas, juste d'être là, d'être présente par exemple ? »

E : « Bah oui, c'est le cas de Madame, et c'est alors pour le coup c'est pas de l'ergothérapie, mais je pense qu'à un certain endroit ça l'est, mais la psychologue et psychomote, font des activités culinaires type pâtisserie à l'UVP. Donc tout ce qui est les odeurs, les, tout le monde peut en profiter, même sans participer activement, et des personnes pourraient être satisfaites de ça. Mais moi dans mes activités ergo, non pas particulièrement »

Léo : « Ok, et est-ce que la satisfaction te semble être une condition de la participation ou plutôt une conséquence ? »

E : « La satisfaction est une condition, non pour moi c'est la motivation, la condition et le résultat c'est la satisfaction. Je vais le répéter parce que j'avais main devant la bouche, je pense que t'as rien entendu dans ton machin. Ce serait la motivation qui serait le moteur et la satisfaction qui serait le résultat. »

Léo : « Ok, on va maintenant passer à la partie 6, c'est la partie sur l'outil d'évaluation. Est-ce que tu connais la MCRO ? »

E : « Oui, de nom »

Léo: « Utilises-tu la MCRO dans ton intervention ? »

E : « Non, et en plus je suis pas formé à l'utilisation, donc je j'ai officiellement pas le droit de l'utiliser. »

Léo : « Alors qu'est-ce qui fait que tu ne l'utilises pas en UVP ? »

E : « Pas de formation et que je ne l'utilise pas tout court en fait peu importe la, là où je suis, où je travaille. »

Léo : « Est-ce que c'est une question de formation, de temps, d'accessibilité ou d'inadaptation à ce public ? »

E : « Et ben pour le coup moi je l'ai beaucoup demandé quand j'étais en centre de rééducation et aujourd'hui arrivé en EPHAD, j'y vois moins intérêt de l'avoir parce qu'elle fait beaucoup moins partie de mon quotidien, parce que justement l'occupation auprès des résidents, fait moins partie de mon quotidien qu'avant . »

Léo : « Et du coup, est-ce qu'il y a un autre outil ou une autre méthode que tu utilises à la place de la MCRO pour obtenir la satisfaction et les occupations des résidents ?

E : « Non, c'est l'observation, c'est totalement informel, c'est une fois que je vois qu'ils sont pas satisfaits, allez, on retente une deuxième fois, et si je vois que ça n'accroche pas, en fait, j'arrête. Je pense que je, en toute honnêteté, je perdrais un temps phénoménal à utiliser une mesure, une évaluation normée en fait dans mon quotidien ici. Ce serait, je pense que si je veux proposer une prise en charge de qualité, il faut aussi un peu ,faire, mettre de côté tous les protocoles et les, pas les protocoles, mais les évaluations. Surtout la MCRO en fait sur des personnes sur le public accueilli ici, en fait ça prendrait énormément de temps et ça marcherait pas. Peut-être que ça marcherait. »

Léo : « Et en quoi, euh on va passer sur le thème 6, l'impact sur la pratique et les ajustements, en quoi, ce que t' observes et ce que t'évalues, ça influence concrètement les interventions d'après ? »

E : « Déjà ça va jouer sur le fait que je vais proposer ou non l'activité. Si ça se trouve si je vois qu'une personne alors ça m'est pas arrivé, mais si je vois qu'une personne est réellement en grosse difficulté, ça met vraiment une émotion négative chez la personne. Je ne lui reproposerai pas évidemment donc ça c'est la première chose qui va jouer. Et par contre, il y a certaines personnes où ça apporte beaucoup et donc je sais qu'il y a un réel impact positif. Peut-être que je vais proposer, plutôt de proposer une semaine sur deux, je vais te proposer toutes les semaines parce que je sens que elle apprécie et qu'elle peut être moteur, et donc entraîner d'autres personnes avec elle. Je pense que ouais, ça va être sur la quantité de fois où la personne va pouvoir faire cette activité qui va être qui va jouer. Et peu importe unité de vie protégée ou EHPAD conventionnel. »

Léo : « Est-ce que tu as un exemple ou une évaluation t'a conduit à modifier significativement ton approche avec une personne résident ? »

E : « Une évaluation, un exemple, alors est-ce que j'ai une évaluation qui m'a fait changer ce que j'ai, bah alors oui, il me semble, si on considère que le PAP du coup est partie intégrante de, il y a des choses que je ne sais pas à l'entrée et qu'on le sait au fur et à mesure de l'évolution de la personne au sein de l'établissement. Et donc, oui on peut apprendre plus tard que elle apprécie une activité donc lui proposer, lui proposer, à part ça je vois pas dans quelle autre condition ça peut évoluer. »

Léo : « Est-ce que t'as observé des effets de tes interventions sur la participation occupationnelle des résidents ? Est-ce que ça a augmenté avec le temps ? Est-ce que ça a diminué ou alors ? »

E : « Sur une activité donnée, sur une activité donnée, est-ce que ça augmente ou ça diminue ? »

Léo : « Oui »

E : « Alors j'ai envie de dire que malheureusement du fait du sujet âgé, la participation elle a plus tendance à diminuer qu'à augmenter. Et c'est tout là où l'activité signifiante trouve son intérêt, c'est qu'en fait le but c'est de maintenir la participation, au max, le plus longtemps possible. Mais non, j'aurais tendance à dire que, en général, ça va plus à la baisse qu'à la hausse du fait du public. »

Léo : « Et comment tu sais ça, qu'est-ce qui te permet de l'affirmer ? »

E : « Et ben là pour le coup on a un outil qui s'appelle le MMS ou si jamais nous on voit une baisse de participation ou et ben ça peut nous alerter donc on peut demander une réévaluation, on peut, ça peut aussi être d'ordre médical, ça peut être, en général c'est sur une observation dans un premier temps et après on voit d'où est la source, d'où ça vient, en fait, est-ce que c'est normal entre guillemets, est-ce que c'est le vieillissement normal ou de la pathologie plutôt qui fait que, et donc on peut l'acter à travers un MMS par exemple ou, ou si c'est la personne qui ne souhaite plus participer et qui ne trouve plus de sens aussi dans l'activité, je pense qu'il y a aussi, ils ont le droit au bout d'un moment, et puis il y a aussi la fatigue que ça peut engendrer et sur deux activités alors j'ai une activité toute bête, mais manger ça peut-être une activité qui est remplie de sens, avec plein de sens. Et si la personne appréciait faire de la gym, mais aujourd'hui en fait la gym l'épuise et que le soir son bol de soupe elle prend plus plaisir à le boire parce qu'elle est épuisée, elle va te dire j'arrête la gym parce que moi je préfère boire tranquillement mon bol de soupe ce soir qui a tout autant de sens. C'est un exemple hein »

Léo : « Ouais pas de soucis, et est-ce que tu as observé des effets de tes interventions sur la satisfaction des résidents, la satisfaction dans la réalisation ? »

E : « À court terme. C'est vraiment les personnes après l'activité, parlent de, parlent de leur satisfaction, mais c'est juste. C'est sûrement, c'est tout le public l'unité de vie protégée, c'est que les troubles mnésiques étant présents pour la plupart en fait, ils ne se souviennent pas forcément de l'intervention. Mais c'est pas grave, ça, parce qu'on maintient quand même des capacités, motrices et cognitives, en fait la stimulation fait que, c'est pas parce qu'ils ne se souviennent pas d'un truc que l'activité n'a plus de sens. »

Léo : « Et enfin, on va passer au thème 8, si tu devais améliorer une chose dans ta façon d'évaluer la satisfaction, les occupations significatives et la participation occupationnelle de tes résidents, ça serait quoi ? »

E : « Bah il faudrait que je trouve une échelle qui est rapide, efficace, qui me permet de, qui me permet d'évaluer, mais là pour l'instant je l'ai pas trouvé, c'est pour ça que je l'utilise pas. Pareil, on peut pas mettre en place des auto-questionnaires parce que c'est pas adapté à une unité de vie protégée. Ouais c'est encore l'évaluation, c'est là où le bas blesse ici, c'est qu'on n'a pas d'évaluation à proprement parler, ergo, d'autant plus ergo. Bah ouais, c'est déjà en trouver une en fait tout simplement. Qui soit rapide

à mettre en place, qui soit pas contraignante et puis qui en fait qui c'est là où je pense que c'est le plus compliqué, c'est qu'ils répondent au plus grand nombre en fait. Il y a 25 résidents si déjà on peut trouver une grille qui correspond à 6 ou 7 personnes. Et que elle peut être rapidement, ouais, faut pas que ça dépasse l'heure en fait l'évaluation, et vu le public, la MCRO, il y en a clairement pour 3-4 heures, quand on voit qu' moi j'ai, j'ai vu des passations, alors qui prenait déjà beaucoup de temps auprès de personnes sans trouble, sans troubles cognitifs, ici je vois pas comment c'est possible. »

Léo : « Ok. Et est-ce qu'il y a quelque chose que tu voudrais ajouter pour compléter ? »

E : « Je crois que j'ai rajouté au fur et à mesure tout ce que j'ai mis en plus, tu pourras le mettre en réponse à cette question. Tous les, tout ce que j'ai, tous les à côté quand je t'ai répondu à côté, tu pourras mettre là-dedans

Léo : « D'accord et bien on va pouvoir s'arrêter là, merci de ta participation et du temps que tu m'as accordé »

E : « Merci à toi

**Les outils d'évaluations de l'ergothérapeute exerçant en Unité de Vie Protégée : utilisation de la MCRO pour favoriser la satisfaction et la participation occupationnelle liée à la réalisation d'occupations signifiantes auprès des résidents.**

Léo DEJEAN

Ce mémoire explore les pratiques des ergothérapeutes intervenant en UVP, en s'intéressant à la façon dont ils évaluent les occupations signifiantes des résidents atteints de troubles cognitifs modérés à sévères, afin de favoriser leur participation occupationnelle. L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche est de déterminer si l'ergothérapeute utilise l'échelle de satisfaction de la MCRO pour favoriser la participation occupationnelle des résidents. Une méthode qualitative a été retenue. Trois entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes diplômés d'État exerçant en UVP ont été réalisés. Ces entretiens sont analysés par thématique. Les résultats montrent qu'aucun des trois ergothérapeutes n'utilise la MCRO en UVP, en raison du manque de formation, de la durée de passation et des exigences cognitives incompatibles avec le profil des résidents. Cependant, tous adoptent une démarche occupation-centrée. Ce travail met en évidence l'absence d'utilisation d'outil ergothérapeutique normé adapté à l'UVP pour recueillir les occupations signifiantes et la satisfaction. Il ouvre une perspective d'une adaptation de la MCRO afin d'avoir un outil mieux adapté aux résidents présentant des troubles cognitifs importants.

**Mots-clés :** Ergothérapie, MCRO, Participation occupationnelle, Unité de Vie Protégée, Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées.

This study explores the practices of occupational therapists working in SCU, focusing on how they assess meaningful occupations in residents with moderate to severe cognitive impairments, in order to promote occupational participation. The aim of this research is to determine whether occupational therapists use the satisfaction scale of the (COPM) to promote occupational participation among residents. A qualitative method was used, based on three semi-structured interviews with qualified occupational therapists working in SCUs, analysed thematically. Results show that none of the three occupational therapists use the COPM in SCUs, due to a lack of training, lengthy administration time and cognitive demands incompatible with residents' profiles. However, all three adopt an occupation-centred approach. This study highlights the absence of a standardised occupational therapy assessment tool adapted to SCUs for gathering meaningful occupations and satisfaction levels. It opens up the prospect of adapting the COPM to create a tool better suited to residents with significant cognitive impairments.

**Keywords:** Occupational therapy, COPM, Occupational participation, Special Care Unit, Alzheimer's disease and related dementias.