

ENTRE DOMICILE ET EHPAD :

*L'importance de la prise en soin ergothérapique dans
l'engagement occupationnel des personnes âgées
souffrant de dépression*

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'Etat
d'Ergothérapeute

Sous la direction de **Madame ROY Annabel**



Soutenu par **DE GROOTE Maeva**

Juin 2024

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, DE GROOTE Maeva étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 15 avril 2024

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maeva De Groote', written in a cursive style.

DE GROOTE, Maeva

Note aux lecteurs :

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné.

Remerciements

Je tiens à remercier les différentes personnes m'ayant accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire et qui m'ont soutenue tout au long de ces trois années de formation, notamment lors de ma reprise d'étude en troisième année après une césure d'un an.

Dans un premier temps, je tiens à remercier ma maître de mémoire, Madame ROY Annabel, de m'avoir prise sous son aile et de m'avoir accompagnée tout au long de ce mémoire par ses conseils, ses encouragements et sa bienveillance.

Je remercie également l'équipe pédagogique pour leur encadrement et leur accompagnement tout au long de ces trois années de formation.

De plus, je souhaite remercier sincèrement ma maître d'apprentissage Madame DALONGEVILLE Cécile ainsi que mes différents tuteurs de stage, d'avoir pris le temps de m'accompagner tout au long de cette formation dans l'apprentissage d'une pratique professionnelle mais également de m'avoir inculquée des valeurs professionnelles.

Enfin, je souhaite remercier les ergothérapeutes ayant pris le temps de s'entretenir avec moi dans le cadre de mon enquête.

Une pensée particulière pour mes amies, anciens camarades de promotion, pour leur patience, leur accompagnement et leur soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Plus personnellement, je souhaite remercier ma famille pour leurs mots réconfortant, leurs encouragements ainsi que leur compréhension dans les moments qui ont pu être difficiles.

Pour finir, je dédie ce mémoire à ma première tutrice de stage en ergothérapie, Madame BONODOT Pauline qui m'a inspirée par sa pratique professionnelle et qui a su me faire susciter un questionnement m'amenant à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie.

Table des sigles

AAA : Activité Associant l'Animal

ACACED : Attestation de Connaissance pour les Animaux de Compagnie d'Espèces Domestiques

AFTAA : Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal

AGGIR : Autonomie-Gérontologie-Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Personnalisée Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVQ : Activités de Vie Quotidienne

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies

COTEC : Council of Occupational Therapists for European Countries

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

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

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

MMSE : Mini-Mental State Examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

TAA : Thérapie Assistée par l'Animal

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

Table des matières

Introduction.....	1
Phase exploratoire	2
I. La personne âgée	2
1. Le vieillissement.....	2
1.1. Définition	2
1.2. Les types de vieillissements.....	2
II. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	3
1. Définition	3
2. Parcours de soins	4
3. Problématiques rencontrées	5
III. La dépression	6
1. Les troubles de l'humeur	6
2. Définition et observations cliniques.....	7
3. Diagnostic.....	8
4. Conséquences	9
5. Accompagnement.....	10
IV. L'ergothérapie	12
1. Définition	12
2. Ergothérapie et dépression.....	13
Problématique	14
Phase conceptuelle	15
I. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	15
II. Transition occupationnelle.....	16
III. Engagement occupationnel.....	19
IV. Médiation animale : la cynothérapie en ergothérapie	20
Hypothèse	22
Phase expérimentale	23
I. Méthodologie d'enquête	23
1. Les objectifs d'enquête et les critères d'évaluation.....	23
2. Population cible de l'étude	25
3. Démarche de recrutement	26

4.	Choix de l'outil d'investigation : L'entretien	27
5.	Structuration du guide d'entretien	28
6.	Passation des entretiens	28
II.	Analyse des résultats	30
1.	Méthode d'analyse.....	30
2.	Analyse des données.....	31
	Discussion	46
	Conclusion	50
	Références	
	ANNEXES.....	

Introduction

Dans le cadre des recherches à réaliser pour le mémoire de fin d'étude en ergothérapie, j'ai décidé de m'orienter tout naturellement vers le domaine de la gériatrie. En effet, j'ai pu depuis plusieurs années travailler et réaliser divers stages (en ergothérapie et en animation) auprès des personnes âgées, que ce soit en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en résidence autonomie ou en Service de soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). J'ai pu au fur et à mesure des années acquérir des connaissances sur la population âgée, ce qui m'a donnée l'envie de me spécialiser et me projeter dans ma future pratique en ergothérapie auprès des personnes âgées.

Initialement, j'orientais mon mémoire vers la médiation animale auprès des personnes âgées en EHPAD. En effet, au cours de divers stages en ergothérapie, j'ai eu l'occasion de participer à différentes séances de zoothérapie réalisées par plusieurs de mes tutrices qui utilisaient cette médiation dans leur pratique. Cela m'a permis de me questionner sur l'intérêt de cette médiation dans la pratique ergothérapique mais également l'intérêt qu'elle avait pour les personnes âgées. J'ai pu observer des changements de comportements positifs chez ces derniers au courant même de la séance. L'intégration de cette médiation en ergothérapie m'a également donnée l'envie de me former à mon tour pour pouvoir l'utiliser plus tard dans ma pratique professionnelle.

Etant consciente que la médiation animale est un plus à la pratique en ergothérapie, j'ai décidé dans un premier temps de m'intéresser aux sujets âgés et les problématiques qu'ils pouvaient rencontrer. En effet, j'ai pu également remarquer que l'entrée en EHPAD était vécue différemment selon les personnes et que ce changement pouvait être mal vécu. Pour beaucoup, l'institutionnalisation provoque un bouleversement émotionnel pouvant renvoyer à « la fin de vie » apportant une certaine appréhension de cela. De plus, j'ai pu observer et entendre à plusieurs reprises les termes « dépression » et « anti-dépresseur » à travers les transmissions et les synthèses en équipe. Enfin, dans une enquête CARE de la DREES réalisée entre 2015 et 2016 apparue dans un article d'Abdoul-Carime (2020), il est dit qu'en France, l'état psychologique des personnes âgées en institution est plus alertant car il est « moins bon », que celui des personnes âgées résidant à domicile. Ces données permettent de s'interroger sur le bien-être des personnes vivant en établissement pour personnes âgées mais également de se questionner sur leur état de santé, notamment si l'on fait référence à la définition de la santé définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2024b). En effet, Abdoul-Carime (2020) parle de la situation concernant l'état psychologique des personnes âgées comme « *un enjeu de politique publique de premier plan* ». Pour finir, dans un rapport d'Aquino et al. (2013), il est dit que le trouble psychique le plus fréquent chez les personnes âgées est la dépression. Cependant, cette dernière est « *négligée, méconnue ou mal traitée* » dans 40% à 60% des cas (Aquino et al., 2013).

Au cours de ces recherches j'ai décidé d'orienter mon mémoire sur les personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD.

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux caractéristiques des personnes âgées, puis aux différents parcours de soins les amenant en EHPAD et aux problématiques qu'elles rencontrent. Nous décrirons par la suite les troubles de l'humeur et plus précisément celui de la dépression. Par la suite, nous définirons le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population. Enfin, nous exploiterons le Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement Occupationnel. Puis, nous aborderons différents concepts : l'engagement occupationnel et la transition occupationnelle. Pour finir, nous étudierons la médiation animale en ergothérapie.

Phase exploratoire

I. La personne âgée

1. Le vieillissement

1.1. Définition

Selon l'INSEE, la population française s'élève à 68 millions de personnes dont 18 millions de personnes âgées de plus de 60 ans en 2023 (Insee, 2023). Le vieillissement de la population ne cessera d'augmenter dans les années à venir car une augmentation de 24 millions chez les personnes âgées de plus de 60 ans en 2060 est attendue (Ministère de la Santé, 2021).

Les personnes âgées subissent un processus hétérogène appelé le « vieillissement » qui varie selon les effets de contexte (*ex. environnement, organisation économique et sociale du ménage et de la famille*) (Aquino et al., 2013). En plus du processus de vieillissement, une partie de la population âgée présente des « polypathologies » et des « multimorbidités » selon Santé Publique France (2022).

1.2. Les types de vieillissements

Il existe trois types de vieillissement selon Jeandel (2005) :

- **Le vieillissement réussi** : Il représente 25% de la population âgée et est défini comme le « *maintien des capacités fonctionnelles ou leur atteinte très modérée* » (Jeandel, 2005). Plus précisément les personnes avec un vieillissement réussi n'ont aucune pathologie ou présentent alors un léger déficit n'entravant pas la capacité de compensation et d'adaptation aux effets négatifs du vieillissement (Tison, 2023).
- **Le vieillissement usuel (= normal)** : C'est le vieillissement le plus courant car il représente 50% de la population âgée. Il entraîne une « *réduction des capacités ou de certaines d'entre elles*,

sans que l'on puisse attribuer cet amoindrissement des fonctions à une maladie de l'organe concerné » (Jeandel, 2005). Plus précisément, il est qualifié de « vieillissement organique » car il se manifeste par des atteintes physiologiques dû à l'avancé en âge. Cependant la personne âgée a toujours la capacité d'autonomie et d'indépendance n'impactant pas sa qualité de vie (Tison, 2023).

- **Le vieillissement avec morbidités** : Il représente 25% de la population âgée et est défini comme *« des morbidités, plus souvent chroniques, et dont l'âge ne représente qu'un facteur de risque, qui vont concerner plus particulièrement la sphère affective (dépression), cognitive (démence), locomotrice, sensorielle, cardio-vasculaire »* (Jeandel, 2005). Plus précisément, les personnes atteintes de vieillissement avec morbidité présentent une perte d'autonomie et d'indépendance importante abaissant leur qualité de vie (Tison, 2023).

J'ai donc décidé de m'intéresser au vieillissement avec morbidité car près de 3 millions de personnes âgées de plus de 60 ans se retrouvent face à une perte d'autonomie et une augmentation de la dépendance plus ou moins importante, en France, en 2023 (Ined, 2023). Cette perte d'autonomie et d'indépendance est causée par l'apparition de « limitations fonctionnelles », souvent liées à l'âge, mais également par la manifestation de « maladies chroniques » et « neurodégénératives » (Brabant-Delannoy, 2019). À la suite de l'apparition de cette perte d'autonomie et d'indépendance, le maintien à domicile peut être difficile surtout en l'absence d'aide physique et matériel. De ce fait, dans la plupart des cas, une transition de lieu de vie passant du domicile à l'EHPAD est organisée afin de permettre l'accès aux soins nécessaires et à un environnement matériel plus adapté (Guichardon, 2005).

II. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

1. Définition

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) accueille les personnes âgées à partir de 60 ans qui ont besoin de soins et d'aides quotidiennes dans la réalisation de leurs AVQ. Ces établissements proposent les soins médicaux et paramédicaux nécessaires, ainsi que des actions de préventions et d'éducation à la santé (Service-Public.fr, 2023).

En France, les personnes âgées résidant en EHPAD sont au nombre de 600 000 en 2022 (Vie publique, 2022).

L'admission se fait par dossier avec l'avis du médecin coordonnateur de l'établissement. De plus, il va également évaluer le GIR, c'est-à-dire le niveau d'autonomie et de dépendance de la personne âgée grâce à la grille AGGIR. Evaluer le GIR permet de facturer l'hébergement selon l'importance des soins nécessaire ; mais aussi de donner accès à d'éventuelles aides financières. Il existe plusieurs niveaux de GIR allant de 1 à 6, le GIR 1 correspondant au niveau le plus élevé en perte d'autonomie et le GIR 6 à une autonomie totale dans toutes les AVQ. Cette évaluation va également permettre de déterminer si la

personne peut bénéficier de l'APA en établissement afin d'aider à payer une partie des prestations proposées par l'EHPAD. Seuls les GIR de 1 à 4 sont éligibles (Personnes âgées.gouv.fr, 2023). Par la suite, la personne âgée et l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement vont élaborer ensemble un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) afin d'établir des objectifs à court, moyen et long terme (Service-Public.fr, 2023).

2. Parcours de soins

Pour beaucoup de personnes âgées, l'entrée en EHPAD est liée à une perte d'autonomie et/ou d'indépendance qu'elle soit physique et/ou psychique. Mais ce n'est pas la seule raison, en effet, elle résulte également de facteurs environnementaux aussi bien physiques, sociaux ou structurels, directement en lien avec la possibilité d'un maintien à domicile. Il est en effet à noter que les principales causes d'entrée en EHPAD sont l'impossibilité du maintien à domicile à cause d'un logement inadapté ou encore un épuisement de l'aidant (Guichardon, 2005).

Manent & Protat (2011), proposent deux possibilités de parcours pour entrer en EHPAD, tous deux pouvant être causés par la perte d'autonomie/indépendance, l'épuisement de l'aidant, la dégradation physique/psychologique, la dégradation du logement et/ou l'absence du support social suffisant :

1. Initialement au domicile → Transition en EHPAD
2. Initialement au domicile → Transférer pour une hospitalisation → Transition en EHPAD

Dans les deux schémas, elle peut-être à l'initiative de la personne elle-même mais s'effectue plus généralement à l'initiative de sa famille, d'une tierce-personne ou d'un organisme (Badey-Rodriguez, 2005).

L'EHPAD a deux missions principales selon le site du gouvernement « Personnes âgées.gouv.fr (2024) » :

- « *Accompagner les personnes fragiles et vulnérables* » (Personnes âgées.gouv.fr, 2024)
- « *Préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin* » (Personnes âgées.gouv.fr, 2024)

Si l'on reprend la définition du gouvernement de la prise en charge globale, on peut faire le lien avec les « 14 besoins fondamentaux » d'une personne développés en 1947 par Virginia Henderson, infirmière des années 1920 qui sont : respirer, boire/manger, éliminer, maintenir une bonne posture, dormir/se reposer, vêtir/se dévêtir, maintenir une température corporelle, protéger sa peau, éviter les dangers, communiquer, agir selon les croyances/valeurs, s'occuper au vu de réaliser, se recréer/se divertir et apprendre. Bien que cette théorie ait été développée il y a quelques années, elle reste d'actualité notamment dans la pratique des équipes soignantes. En EHPAD la personnes âgée va être accompagnée par une équipe pluridisciplinaire afin de porter attention au manquement d'un ou plusieurs

besoin(s) d'une personne et lui permettre de répondre à ce ou ces dernier(s) (Pellissier, 2006). La Société Française de Gériatrie et Gérontologie souhaiterait que pour un EHPAD de 90 résidents, l'équipe pluridisciplinaire soit composée idéalement (SFGG, 2019) :

- D'un médecin coordonnateur (0,6 ETP)
- D'un médecin de soins (0,6 ETP)
- D'infirmiers (7 ETP)
- D'aides-soignants (26 ETP)
- D'un psychologue (1 ETP)
- D'un kinésithérapeute / enseignant en activité physique adaptée (APA) (0,5 ETP)
- D'un psychomotricien (0,5 ETP)
- D'un ergothérapeute (1 ETP)

Cependant, malgré l'accompagnement proposé en EHPAD, certaines personnes voient disparaître l'envie de répondre à leurs besoins à cause d'une perte de motivation favorisée par certaines transitions occupationnelles qu'elles peuvent subir. Au cours de leurs vies, les personnes âgées subissent certaines transitions occupationnelles comme le départ en retraite, entraînant un arrêt de l'activité professionnelle (perte de rôle dans une activité de productivité) ou encore le décès d'un proche (perte de rôle social). Cependant, lorsque la personne entre en EHPAD, elle subit un changement de foyer, nécessitant l'adaptation d'un nouvel environnement avec les contraintes qui y sont liées (exemple : contrainte d'horaire en institution) (OMS, 2022). Ainsi, le changement de lieu de vie, notamment en institution, peut contraindre la personne âgée dans la réalisation de certaines activités pouvant impacter son engagement, diminuer son autonomie et augmenter son niveau de dépendance (Durual & Perrard, 2018).

3. Problématiques rencontrées

Une étude de la DREES révèle que l'entrée en EHPAD se fait plus tardivement au fur et à mesure des années, engendrant une augmentation de l'âge moyen des personnes entrant dans ces établissements à 85 ans en 2019 contre 84 ans en 2015 (DREES, 2022). De plus, une augmentation du niveau moyen de dépendance des personnes âgées entrant en EHPAD a été remarquée. En effet, plus de la moitié sont très dépendantes et ne sont plus en capacité d'effectuer certaines activités de vie quotidienne. On retrouve, neuf résidents sur dix souffrant de troubles de la cohérence et plus d'un tiers atteints de maladies neurodégénératives (Balavoine, 2022).

Comme nous l'avons dit précédemment, le départ du foyer peut-être une transition difficile pour la personne âgée causé par des « ruptures brutales » avec l'environnement, qu'elles soient géographique, affectif et/ou social (Badey-Rodriguez, 2005). En effet, l'entrée en EHPAD est une transition de vie bouleversant le quotidien de la personne par la contrainte d'un nouveau fonctionnement. Cela entraîne un certain rythme en institution qui n'est pas celui qu'avaient ces personnes dans leur quotidien. Il est

important de souligner qu'il n'existe pas « *un quotidien mais autant de quotidien que de personnes* » (Durual & Perrard, 2018). Ce nouveau fonctionnement peut également engendrer un risque de dépersonnalisation et une perte de l'estime chez la personne âgée car sans le vouloir, elle se retrouve contrainte de ne plus réaliser certaines activités comme préparer le repas, faire les tâches ménagères ou encore effectuer certains achats (Durual & Perrard, 2018).

De plus, cette rupture brutale peut s'expliquer par la succession de séjours dans divers établissements hospitaliers et engendrant l'entrée d'urgence en EHPAD pour la personne sans même qu'elle ait pu retourner à domicile. A contrario, même si la personne avait été préparée à l'entrée en EHPAD, lorsqu'une place se libère, tout doit se faire très vite afin de répondre aux « *exigences budgétaires* » des établissements (Badey-Rodriguez, 2005). Cependant, il est important de comprendre le sentiment que peuvent ressentir ces personnes : « *Imaginons, ne serait-ce qu'un bref instant, l'angoisse de cette personne arrivant seule dans ce lieu inconnu pour elle, certes « entourée » de beaucoup de monde, mais d'un monde composé uniquement de visages inconnus... Imaginons quels peuvent être ses pensées et ses sentiments quand elle se retrouve dans un lit, dans un cadre de vie qu'elle n'a pas pu s'approprier ; où elle ne reconnaît plus ni bruits, ni odeurs, ni sensations familières...* » (Badey-Rodriguez, 2005). De plus, malgré le fait que ces personnes soient « entourées », il y a 64% des personnes âgées en EHPAD qui sont en détresse psychologique causée par les difficultés à nouer des liens sociaux (Vie-publique, 2020). La confrontation de ces difficultés relationnelles ou encore l'entrée en EHPAD peuvent constituer des représentations négatives d'eux-mêmes amenant à l'installation de la dépression (Thomas & hazif-thomas, 2013).

Suite à la première année d'admission en EHPAD 15% des personnes âgées sont concernées par l'apparition de dépression (Aquino et al., 2013). De manière générale, en établissement, 1 sénior sur 5 souffre de dépression (Abdoul-Carime, 2020) contre 7% des séniors vivant à domicile (Vie-publique, 2020). Les facteurs favorisant la dépression en EHPAD sont l'ennui et l'inactivité, la baisse de la compétence fonctionnelle, la perte d'autonomie personnelle et la confrontation inévitable avec l'idée associée au processus de « mort prochaine » combiné à l'institutionnalisation. Cependant, il est important de noter que les résidents peuvent être admis dans l'établissement avec un affect dépressif ou avoir des antécédents de dépression (Thomas & hazif-thomas, 2013). La dépression est une cause importante de perte d'autonomie et/ou de l'indépendance associées à un risque important de passage à l'acte suicidaire (Aquino et al., 2013).

III. La dépression

1. Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur font références à un état d'esprit modifié par une émotion, le plus souvent très négative et qui dure dans le temps. Les personnes atteintes de ces troubles présentent des difficultés

à gérer leurs émotions, ce qui impacte leur état de santé aussi bien mental que physique et qui a pour incidence un changement de comportement (Gouvernement du Québec, 2018).

Il existe 3 formes de troubles de l'humeur : la dysthymie, qui se manifeste comme une forme de dépression plus légère et ce depuis minimum 2 ans ; les troubles bipolaires, qui s'expriment par une difficulté à gérer l'intensité de ses émotions (tristesse et joie) souvent de manière excessive ; et la dépression, qui se traduit par le ressenti de manière continuelle d'émotions négatives (Gouvernement du Québec, 2018).

Les troubles de l'humeur peuvent faire référence à ce qu'on appelle des troubles « affectifs » car ils renvoient des expressions de l'état émotionnel. Le diagnostic des troubles de l'humeur est caractérisé par une humeur excessive et intense associé à d'autres symptômes altérant les capacités physiques, sociales et de travail. On retrouve principalement la dépression, qui est un trouble « unipolaire » (Coryell, 2021).

2. Définition et observations cliniques

La dépression est définie comme un « *trouble mental courant* », caractérisée par des interactions entre différents facteurs (sociaux, psychologiques, biologiques) (OMS, 2024). En d'autres termes, la dépression est défini comme « *un dysfonctionnement social lié à une souffrance personnelle pouvant se répercuter sur le fonctionnement social et la santé* » avec la présence d'un risque suicidaire (Inserm, 2019).

Il existe différentes formes de dépression selon l'Inserm (2019) :

- La dépression mélancolique : elle présente une forme d'intensité sévère et où les symptômes se manifestent en masse, pouvant entraîner un risque de suicide très élevé.
- La dépression masquée : elle présente une forme peu visible engendrant une plainte de symptômes physiques.
- La dépression hostile : elle se manifeste par de l'irritabilité.

De plus, la dépression peut être caractérisée en épisode unique, en épisode récurrent ou sous forme de bipolarité. L'épisode unique consiste en la manifestation d'un seul et unique épisode de dépression, l'épisode récurrent comprend au moins deux épisodes de dépression et la forme bipolaire est l'alternance entre la forme dépressive et la forme maniaque (OMS, 2023).

Chez la personne âgée, la dépression est la pathologie « psychiatrique » la plus courante (Le Bozec & Bouché, 2020). Elle concerne 13% chez les plus de 65 ans, 30% chez les personnes âgées hospitalisées et 50% chez les résidents en institution (Tayaa et al., 2020). En effet, en EHPAD, près d'un résident sur deux présente des symptômes dépressifs (Le Bozec & Bouché, 2020).

Les symptômes dépressifs se manifestent en nombre et de différentes manières. On retrouve principalement chez la personne âgée la tristesse, l'anhédonie¹, l'anxiété, un ralentissement psychomoteur plus fréquent et des idées délirantes (préjudice, ruine, incurabilité). Dans la forme masquée, les symptômes vont plus s'assimiler à un déni des affects dépressifs, une hostilité, une irritabilité, des conduites régressives et des plaintes hypochondriaques. Autrement, on pourrait également retrouver de l'asthénie² (marquée et/ou durable), des plaintes mnésiques et/ou somatiques, un vécu de solitude, des douleurs physiques, une perte de poids (refus de s'alimenter, refus de prise médicamenteuse) et de l'incurie³ (Tayaa et al., 2020).

L'apparition des symptômes dépressifs chez le sujet âgé se manifestent plus fréquemment lorsque la personne a une atteinte cérébrale (ex : *Accident Vasculaire Cérébral (AVC)*) ou une atteinte neurodégénérative (ex : *Démences, Maladie de Parkinson*). Concernant les facteurs de risques de dépression, les personnes les plus touchées sont les femmes, les hommes qui vivent seuls et les femmes divorcées ou veuves. De plus, il faut prendre également en compte les pertes successives (affection médicale, un deuil, une entrée en institution, un isolement social), le niveau de revenu de la personne, la présence des troubles du sommeil, une dépression antérieure et un faible niveau d'éducation (Tayaa et al., 2020).

3. Diagnostic

La dépression est très souvent sous-diagnostiquée. Au vu des différentes formes de dépression et donc des différentes plaintes qui peuvent être à première vue des plaintes somatiques, la dépression est souvent mal traitée voir non traitée (Tayaa et al., 2020). Cependant, son repérage précoce et sa prise en soin adaptée est nécessaire afin de permettre à la personne de continuer à s'engager dans ses activités de vie quotidienne (Le Bozec & Bouché, 2020).

Le diagnostic de la dépression est basé dans un premier temps sur des critères cliniques que l'on peut retrouver dans la CIM-10 ou le DSM-5. Pour confirmer le diagnostic, les symptômes doivent se manifester tous les jours durant minimum deux semaines et être accompagnés d'une « détresse et altération » du fonctionnement significative. La dépression est ensuite qualifiée selon son niveau d'intensité (légère, modéré ou sévère). Pour se faire, il est possible d'utiliser deux outils de dépistage, l'échelle de Cornell (utilisé pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes démentes avec un MMSE ⁴ (ANNEXE I) inférieur à 15) ou le « *Geriatric Depression Scale* » (GDS) (utilisé pour évaluer la dépression de la personne âgée non démente) (Tayaa et al., 2020). L'échelle de Cornell (ANNEXE II) est une « hétéro-évaluation » qui porte sur les symptômes se manifestant durant la

¹ Anhédonie : « *Perte de la capacité à ressentir du plaisir* » (Gaillard et al., 2013)

² Asthénie : « *Fatigue anormale persistante même après le repos. Elle peut être passagère, réactionnelle ou durable* » (Ameli.fr, 2023)

³ Incurie : « *Le manque de soin, la négligence, le laisser-aller* » (Larousse, 2024)

⁴ MMSE : outil d'évaluation cognitif

semaine précédant l'entretien. Elle est composée de 19 items. Le score est évalué entre 0 et 38 par l'addition des items (cote entre 0 = absent et 2 = sévère), un score supérieur à 10 sous-entend la présence d'un syndrome dépressif (Favre-Bonté, 2017). L'échelle « *Geriatric Depression Scale* » (ANNEXE III) est un questionnaire « d'auto-évaluation », composée de 30 items à questions fermées auxquelles il faut répondre par « oui » ou « non ». Le score est donc évalué entre 0 et 30 : < 9 score normal, de 10 à 19 dépression modérée et > 20 dépression sévère (Thomas et al., 2008). Pour finir, si le test est revenu positif, un entretien psychiatrique devra être réalisé afin de confirmer le diagnostic (Tayaa et al., 2020).

L'HAS (2010) a quant à elle, mise en place un « Arbre décisionnel », non utilisé systématiquement mais évoqué en cas de plainte somatique (non expliqué par une pathologie générale), d'anxiété, de plainte mnésique, d'insomnie, d'anorexie, d'asthénie, d'amaigrissement, de désintérêt, d'irritabilité, de changement de comportement et de difficultés de concentration. Il va ensuite évaluer la gravité (risque suicidaire, risque nutritionnel, symptômes psychotiques et retentissement), mais également évaluer le contexte de vie, la présence d'événements majeurs (décès, isolement, changement de lieu de vie, etc...) et de comorbidités somatiques. Il est important de demander un avis spécialisé s'il est nécessaire afin d'effectuer des évaluations complémentaires. Ces évaluations peuvent être réalisées par un neuropsychologue par exemple, pour évaluer les troubles neurocognitifs mais également effectuer une Evaluation psychiatrique et Gériatrique Standardisée (EGS) ou encore un bilan complet avec données biologiques, imagerie cérébrale, bilan psychologique et neuropsychologique (Tayaa et al., 2020).

4. Conséquences

La dépression chez la personne âgée va avoir un impact sur sa qualité de vie pouvant être engendrée par une diminution de l'autonomie et/ou de la dépendance. Dans certains cas, notamment si le maintien à domicile de la personne âgée n'est pas possible et qu'elle nécessite le besoin d'un recours aux soins plus important, une transition du lieu de vie en institution peut être effectuée. Pour finir, dans les cas les plus majeurs, la dépression peut engendrer une « surmortalité prématurée » (Tayaa et al., 2020).

Il est essentiel de noter que le taux de passage à l'acte suicidaire a augmenté chez les personnes de plus de 75 ans et est causé par la dépression dans 80% des cas (Le Bozec & Bouché, 2020). L'acte s'effectue souvent par le biais d'une arme à feu, par pendaison ou par précipitation (Tayaa et al., 2020).

Bien que le passage à l'acte ne soit pas dans la majorité des cas, les conséquences ne sont pas moindres. En effet, la personne peut souffrir de douleur morale, d'anxiété, d'une vision négative pouvant créer un repli sur soi, ainsi qu'une perte de l'élan vital amenant à la démotivation (Le Bozec & Bouché, 2020). Cette démotivation liée à l'apparition de la dépression entraîne une augmentation du risque d'incapacité pour la personne à s'engager et accomplir ses activités de vie quotidienne, ainsi qu'à entretenir des relations sociales (Coryell, 2021).

Il est donc important de repérer les signes de dépression assez tôt afin d'éviter une majoration des troubles ou une forme chronique (Pons Massiera & Bosc, 2021).

5. Accompagnement

Il est important de ne pas considérer la tristesse ou des propos négatifs dans le processus « normal » de vieillissement chez la personne âgée. Le vieillissement est certes un processus physiologique, mais sur lequel il est nécessaire d'effectuer un travail psychique aussi bien d'acceptation que d'adaptation (Tayaa et al., 2020). Ce travail porte avant tout sur la capacité à conserver une bonne estime de soi qui est moins évidente chez la personne âgée à cause de la perte de son rôle social, des pertes affectives, du veuvage, du départ des enfants, de l'éloignement des petits-enfants, du décès de proches et de l'isolement. De plus, un travail autour du lien avec autrui permettrait d'éviter le risque d'apparition d'irritabilité, de méfiance, de labilité émotionnelle (qui est un changement de l'humeur), d'intolérance aux frustrations et de démotivation (Le Bozec & Bouché, 2020).

La prise en soin des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD se fait en équipe pluridisciplinaire afin d'avoir une approche globale (Tayaa et al., 2020). Pour rappel, au sein d'un EHPAD, l'équipe marquerait idéalement la présence d'un médecin coordonnateur, d'un médecin de soins, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien, d'un kinésithérapeute et/ou d'un enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA) et d'un psychologue, dont un accompagnement psychique est effectué auprès de la personne souffrant de dépression (SFGG, 2019). Cependant, la prise en soin ne se fait pas qu'en interne, cela demande de la coordination entre les différents professionnels gravitant autour des personnes âgées dépressives. Pour cela, on va pouvoir également se coordonner avec le médecin traitant (si elle en a un), le psychiatre, le gériatre et le neurologue. Ces derniers étant importants concernant la pose de diagnostic, la proposition de traitement, ainsi que le suivi de la prise en soin (Renou, 2021).

La prise en soin de la personne souffrant de dépression utilise deux approches complémentaires, l'approche médicamenteuse avec la prise d'un traitement et l'approche non-médicamenteuse sans prise de traitement.

Les traitements médicamenteux :

En premier lieu, si l'atteinte est modérée ou sévère, un traitement d'antidépresseur va être mis en place (Tayaa et al., 2020). En EHPAD, la moitié des résidents consomment des antidépresseurs contre une personne âgée sur sept résidant à domicile (Abdoul-Carime, 2020). Ces antidépresseurs sont ce qu'on appelle des « *inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)* ». C'est un traitement mis en place à faible posologie chez la personne âgée car la réponse au traitement est plus lente (Tayaa et al., 2020).

En second lieu, les « *inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN)* » vont pouvoir être mis en place. Cependant, une surveillance (tension artérielle, ECG et natrémie⁵) est recommandée lors de la prise de ce traitement et est à éviter en cas de pathologie cardiovasculaire instable. De plus, si des troubles du sommeil se manifestent, la prise de mélatonine est possible. Pour finir, en cas de résistance au traitement et/ou de dépression à caractère mélancolique, un traitement par sismothérapie est recommandé. Cependant il est contre-indiqué en cas d'hypertension intracrânienne et de risque de thromboembolique élevé (Tayaa et al., 2020).

Le rôle du psychiatre est donc important dans la mise en place du traitement afin d'assurer une limitation du trouble de l'humeur et le suivi de la prise en soin.

Les traitements non-médicamenteux :

Les traitements non-médicamenteux sont toujours envisagés dans la prise en soin de la dépression. Ils portent attention aux règles hygiéno-diététiques (alimentation, sevrage, qualité de sommeil, activité physique), aux facteurs de risques cardio-vasculaire, aux prescriptions médicamenteuses (afin de réévaluer la nécessité), les déficits sensoriels, la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la sociothérapie, la remédiation cognitive et la psychomotricité (Tayaa et al., 2020).

Cette approche a pour but d'améliorer la qualité de vie de la personne en évitant le risque de récurrence, en contrant les aspects dépressifs, en permettant d'accroître les capacités cognitives, l'autonomie, l'indépendance et l'intégration sociale (Tayaa et al., 2020).

Plusieurs activités sont possibles dans l'intervention non médicamenteuse, on retrouve l'activité physique adaptée, l'art-thérapie, l'hortithérapie, l'intervention assistée par l'animal, l'intervention basée sur la danse, la musicothérapie, la réhabilitation cognitive, la stimulation multisensorielle, la thérapie par la reminiscence et la thérapie par la stimulation cognitive (Ninot, 2021). Cependant le choix de l'activité va dépendre de l'effet recherché, c'est-à-dire l'objectif thérapeutique en question : travail du fonctionnement cognitif, de la communication verbale et non-verbale, des symptômes psychologiques et comportementaux, de l'état émotionnel, de la qualité de vie et de la personnalité, de la forme physique liée à la santé, de la qualité et du contrôle du mouvement, de l'autonomie et/ou de l'indépendance (Ninot, 2021).

Pour finir, le rapport de Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 soutient et encourage le développement et l'expérimentation des interventions non-médicamenteuses auprès des personnes âgées et auprès des personnes atteintes de troubles de santé mentale (sante.gouv.fr, 2017). Les bénéfices de l'utilisation de cette approche non médicamenteuse peuvent être limités si le choix de l'activité n'est pas agréable pour le résident ou le met en échec (Tonna, 2017). L'ergothérapeute va donc s'intéresser

⁵ Natrémie : Quantité de sodium dans le sang

aux activités qui ont ou avaient un intérêt pour le résident afin de lui permettre de s'engager dans ces dernières et pouvoir entretenir des relations sociales (Coryell, 2021).

IV. L'ergothérapie

1. Définition

L'ergothérapie est une « *profession de santé dont l'objectif est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement.* » (Blin-Chevrier et al., 2022). Pour résumer, l'ergothérapeute est le « spécialiste » du lien entre l'activité et la santé (ANFE, 2024). Il intervient sur prescription médicale auprès de population de tout âge et propose des évaluations afin d'élaborer des actions de prévention, d'éducation, de rééducation, de réadaptation, ainsi que de maintien de l'autonomie et l'indépendance (Personnes âgées.gouv.fr, 2023).

Comme on a pu le voir précédemment, les personnes âgées peuvent rencontrer des difficultés occupationnelles liées à l'âge mais également à l'apparition de pathologies. L'ergothérapeute va donc intervenir auprès d'elles afin d'essayer de maintenir au maximum les activités de vie quotidienne (Villaumé, 2019) et va favoriser la participation de la personne dans son quotidien (Blin-Chevrier et al., 2022).

La place de l'ergothérapeute en EHPAD est bien définie. En effet, parmi tous les professionnels que nous pouvons retrouver en institution, l'ergothérapeute est le plus plébiscité par les gériatres parmi les autres professionnels de la rééducation. En effet, on retrouve un ETP recommandé à un ergothérapeute (SFGG, 2019). L'ergothérapeute est indispensable à la contribution du diagnostic médical par l'élaboration de ses bilans et l'établissement de son diagnostic ergothérapique qui est centré occupation, qui s'intéresse à l'environnement de la personne, ainsi que la préconisation d'aides-techniques et humaines (Levavasseur, 2022). De plus, il va endosser le rôle de référent dans des projets institutionnels et contribuer à la coordination des services (UHR, PASA, ESA, Centres d'Accueil de Jour...). Pour finir, ses interventions vont contribuer à la démarche qualité et à la construction des projets d'accompagnements personnalisés (PAP) (Blin-Chevrier et al., 2022).

En EHPAD, l'ergothérapeute joue un rôle bien précis. Il va évaluer et maintenir l'autonomie et l'indépendance des personnes âgées. De plus, il va adapter leur installation et leur positionnement afin de limiter les risques (escarres, troubles orthopédiques, etc...). Il peut également stimuler les capacités pour limiter les troubles (cognitifs, moteurs, sensoriels) par le biais d'atelier de groupe par exemple. Pour finir, il va pouvoir former, conseiller et éduquer les résidents, les familles et/ou les autres professionnels aux troubles musculosquelettiques (TMS), aux troubles neuro-cognitifs, etc... (Saragoni, 2015).

La pratique de l'ergothérapeute en EHPAD, repose sur l'analyse de l'activité. C'est-à-dire qu'il s'intéresse aux bienfaits de l'activité et va essayer de favoriser l'engagement du résident par différentes méthodes : l'encouragement (valoriser), le coaching (guider la personne), la structuration (adapter l'activité) et le partage d'expérience (feedback) (Villaumé, 2019). L'ergothérapeute utilise une approche « non médicamenteuse » dans sa pratique mais peut également l'exploiter par le biais d'autres moyens permettant de favoriser l'engagement de la personne âgée, par exemple, par l'utilisation d'une activité comme la médiation animale que j'ai pu observer en stage. De plus, le rôle de l'ergothérapeute dans l'approche non médicamenteuse est bien exploité dans l'article de revue de Lavallart et al. (2012) qui présente l'intérêt de la thérapie non médicamenteuse en ergothérapie dans la réhabilitation qui est le fait de « *restaurer ses facultés physiques et psychologiques et de pallier, par rééducation, aux déficits apparus après un traumatisme* » (Lavallart et al., 2012). En outre, dans sa revue, l'ANFE dit que « *L'ergothérapeute est un véritable pilier de l'approche non médicamenteuse en EHPAD tant pour la prise en soin de la dépendance que de la perte d'autonomie. Il est un atout au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans un but d'amélioration de la qualité des prises en charges.* » (Saragoni, 2015). En effet, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute va permettre de faciliter l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé du fait d'une prise en soin plus pertinente et ayant du sens pour la personne (Saragoni, 2015). Pour cela, il va évaluer l'impact des occupations sur la personne âgée en prenant en compte son niveau de satisfaction et son engagement (Morel-Bracq, 2017).

Pour finir, il est important de souligner, qu'en institution, l'ergothérapeute favorise la prévention tertiaire, comme la prise en soin de la dépression (Aquino et al., 2013), en essayant d'investir la personne dans une activité (IFETOUL, 2022).

2. Ergothérapie et dépression

On a pu voir et comprendre le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD, cependant nous allons voir les objectifs et axes d'interventions de ce dernier auprès de la personne âgée souffrant de dépression. Dans un premier temps l'ergothérapeute va évaluer les difficultés que rencontrent la personne par le biais d'entrevue, d'un questionnaire, d'une évaluation standardisée ou de mise en situation. L'ergothérapeute va utiliser une approche centrée sur la personne, ses besoins, ses intérêts et ses objectifs de prise en soin. Pour ce faire, il va s'intéresser au contexte de vie de la personne, à ses différents rôles, aux tâches qu'elle a pour habitude de réaliser, ses loisirs, son travail, sa famille, son hygiène mais également l'importance qu'elle y accorde (OEQ, 2009). Cette approche est en lien avec l'utilisation d'un modèle conceptuel, comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), qui est un outil grâce auquel l'ergothérapeute fonde sa pratique et lui permet de contribuer aux besoins et attentes du résident (Saragoni, 2015).

Par la suite, l'ergothérapeute va élaborer des objectifs de prise en soin. Auprès de la personne souffrant de dépression, l'ergothérapeute va essayer d'améliorer la capacité de la personne à créer des liens sociaux, à accroître ses capacités d'adaptation au sein de la vie en communauté, à développer/restaurer l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ (hygiène personnelle, entretien ménager, loisirs, etc...), à développer ses ressources et intérêts, à connaître et accepter ses limites, à travailler la confiance et l'estime de soi. Le but étant d'essayer au maximum de récupérer ou développer des fonctions cognitives (l'attention, la concentration, la mémoire, la résolution de problèmes, etc.), affectives (par exemple, le contrôle des émotions) et sociales (la connaissance des règles sociales, la capacité à s'adapter au contexte social, etc.) (OEQ, 2009).

Pour résumer, l'ergothérapeute intervient auprès de la personne souffrant de dépression afin de la réintégrer dans des occupations et des rôles par le biais d'activités significatives et signifiantes. Il va également rétablir les capacités fonctionnelles (physique et psychique) tout en s'adaptant à ses limites fonctionnelles. Pour ce faire il va pouvoir utiliser une intervention non médicamenteuse comme l'intervention assistée par l'animal (IAA) (Ninot, 2021). L'IAA est utilisée afin de permettre d'améliorer et/ou maintenir l'aspect cognitif, psychosocial et/ou affectif de la personne âgée souffrant de dépression (IFZ, 2024). Il est important de souligner que pour permettre la prise en soin d'une personne âgée souffrant de dépression, l'ergothérapeute ne travaille pas seul mais en équipe pluridisciplinaire afin d'utiliser les apports et méthodes de chaque discipline (OEQ, 2009).

Problématique

On a vu que la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD impacte les personnes âgées qu'elles soient rentrées volontairement ou non. Cette transition occupationnelle augmente l'incidence de dépression chez les sujets âgés et donc engendre un désengagement occupationnel. L'ergothérapeute quant à lui peut identifier les moyens à mettre en place pour maintenir le devenir occupationnel des personnes âgées (leur engagement occupationnel) lors de leur entrée en EHPAD (IFETOUL, 2022).

C'est pourquoi j'en suis arrivée à ma problématique qui est :

De quelle manière la prise en soin ergothérapique peut-elle favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression suite à la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD ?

Phase conceptuelle

I. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

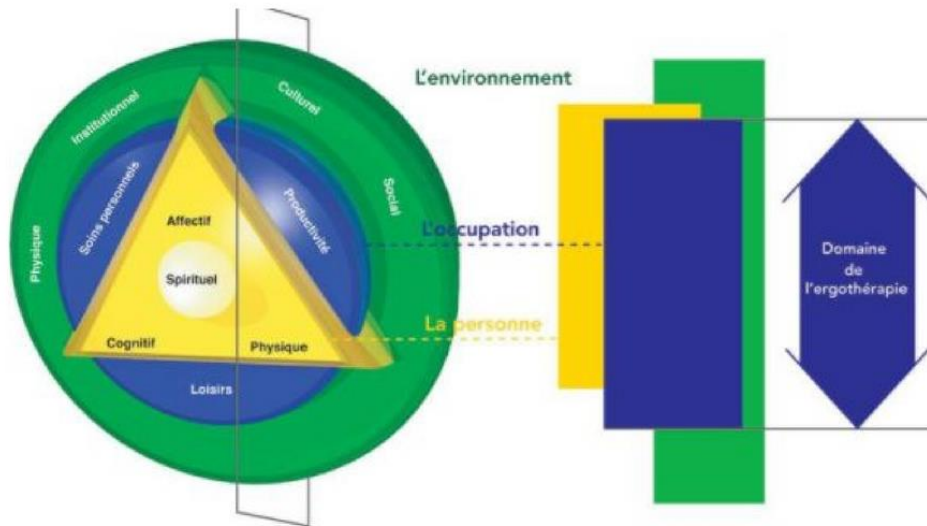


Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) de Townsend et al. (2008)

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement Occupationnel (MCREO) est un modèle développé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes dans les années 1980. Il se développe dans un premier temps sous le nom du MCRO (Modèle Canadien du Rendement Occupationnel), puis promu l'importance de l'occupation en 1997. Une révision du modèle se fait en 2007, transformant le MCRO en MCREO. Cette révision permet d'apporter la notion « d'engagement » dans les activités, c'est-à-dire qu'il va prendre en compte la « participation psychologique et physique » de la personne. Pour finir, une dernière évolution du modèle s'effectue en 2013, en intégrant la notion « d'habilitation », c'est-à-dire qu'il va prendre en compte les « possibilités et les capacités d'être ou d'agir » de la personne (Morel-Bracq, 2017).

L'utilisation de ce modèle par les ergothérapeutes leur permet de mieux faire valoir leur métier auprès des autres professionnels, mais également de recentrer leur pratique sur l'occupation. Grâce à ce modèle, le terme « d'occupation » prend une place importante dans la pratique ergothérapique. En anglais, elle est définie comme les « *activités humaines significantes et significatives* » (Morel-Bracq, 2017, p. 87). De plus, les occupations vont permettre à la personne de maintenir un état de santé et de

bien-être, tout en donnant du sens à l'occupation dans un cadre bien défini car « *les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation* » (Morel-Bracq, 2017, p. 86).

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel permet à l'ergothérapeute de se baser sur la relation entre trois domaines : La personne (ou le « client »), son environnement et ses occupations. De plus, il s'appuie sur trois catégories d'activités : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Concernant le domaine de la personne, il va prendre en compte la dimension affective, cognitive, spirituelle et physique. Enfin, pour le domaine de l'environnement, il va prendre en compte l'élément physique, institutionnel, culturel et sociale. Cela permet donc de garantir une pratique centrée sur la personne (ACE, 2002). Pour finir, c'est un outil précieux dans la pratique de l'ergothérapeute car il peut s'utiliser avec une personne de tout âge et permettre de contribuer à l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (Saragoni, 2015).

Ce modèle utilise un outil d'évaluation appelé la « Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ». Cet outil permet d'effectuer une évaluation subjective de la personne, concernant son niveau de satisfaction et de participation dans ses occupations. Une cotation de 1 à 10 est à mettre en place pour chaque problème occupationnel repéré, ainsi que pour le niveau de satisfaction. Seulement 5 problèmes dit « prioritaires » seront gardés et classés. Par la suite, une réévaluation sera à effectuer afin de repérer une possible évolution (Law et al., 2014).

J'ai fait le choix du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel car il a pour objectif thérapeutique d'évaluer l'impact de l'occupation. De plus, il permet de solliciter plus facilement l'engagement des personnes rencontrant des difficultés pouvant être liées à des problèmes de santé (exemple : la dépression) dans des activités. Pour finir, il est en corrélation avec mon thème car il prend en compte les secteurs de l'accompagnement des personnes âgées, de la santé mentale et aborde une dimension institutionnelle que nous pouvons mettre en corrélation avec l'EHPAD (Townsend & Polatajko, 2013). L'utilisation de ce modèle et notamment de l'outil d'évaluation de ce modèle peut permettre de mieux accompagner les personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD dans les transitions occupationnelles qu'elles peuvent subir (exemples : changement du lieu de vie, perte de rôle, arrêt brutal de certaines activités).

II. Transition occupationnelle

La transition est un concept qui est défini depuis plusieurs années. Dans les récentes définitions de la transition, on retrouve celle citée dans le dictionnaire Larousse (2024) qui est définie comme un « *passage progressif entre deux états, deux situations* ». En 2019, Adler & Castro, psychologue et directeur des programmes militaires, ont eux aussi défini la transition par le terme de « changement » impliquant un déplacement persistant d'un état « temporaire » à un autre (Adler & Castro, 2019). Pour finir, en 1976, une équipe de psychologues, Adams et al, ont observé la transition comme quelque chose

de « dynamique » impactant l'estime de soi. Par la suite, ils ont conceptualisé cette « dynamique » en 7 phases : « l'immobilisation, la minimisation, la dépression, l'acceptation de la réalité, le test, la recherche de sens et l'intériorisation » et ils ont dissocié 4 formes de transitions possibles (Adams et al., 1976) :

- Prévisible – volontaire
- Prévisible – involontaire
- Imprévisible – volontaire
- Imprévisible – involontaire

Cependant, en ergothérapie, la transition est plutôt définie comme une « discontinuité » se manifestant dans la vie d'une personne et engendrant une altération des occupations selon Blair (2000). La personne peut donc vivre une transition dans ses occupations qui selon les ergothérapeutes, Townsend et Polatjko (2013), sont les activités de soins personnels, les activités de productivité et les activités de loisir que l'on retrouve dans le MCREO (Dubois et al., 2017, p. 27). Par exemple, la personne âgée ne va plus préparer et choisir ses repas, le maintien des habitudes de vie va être altéré par la modification des horaires de repas, de coucher, etc..., la réalisation de certains loisirs ou encore faire les courses ou les tâches ménagères.

Le processus de transition, se manifeste en théorie en 4 étapes : la préparation, la rencontre, l'ajustement et la stabilisation. Ces étapes permettent de développer les motivations de la personne, lui faire prendre confiance en elle et apporter du sens à ses occupations, mais également de développer ses rôles sociaux et son engagement dans des occupations de manière durable, que ce soit dans la réalisation des soins personnels (l'hygiène), l'engagement dans une activité productive (un rôle social) ou le maintien des loisirs (la pratique d'un divertissement) (Blair, 2000). De plus, 3 principes de transitions ont été développés par Nicolson en 1990. Le premier est le principe de « récursivité », qui correspond à une transition continue, c'est-à-dire qui ne s'arrête pas mais où le changement est possible par une préparation élaborée en amont (exemple : le changement de lieu de vie, le départ à la retraite). Le second principe est celui de « disjonction », il correspond aux mécanismes d'adaptation à la transition (exemple : gestion du stress). Pour finir, le dernier principe est celui de « l'interdépendance », qui correspond à un niveau d'influence élevé engendrant des changements (exemple : perte d'un rôle social) (Blair, 2000).

Ces transitions comportent 2 phases, la première étant une phase de préparation permettant l'anticipation d'un changement et la deuxième phase étant la capacité d'ajustement après le changement en question. Cependant, ces transitions peuvent être mineures ou conséquentes. La transition mineure appelée « micro-transitions », n'entraîne pas de changements importants. Or, la transition conséquente, appelé « transitions significatives », entraîne un changement important pour la personne (Adler & Castro, 2019). Par exemple, la personne âgée de plus de 60 ans peut vivre une période composée d'une

multitude de transitions importantes devant faire face à une capacité de réajustement permanente. On observe dans un premier temps la transition de départ en retraite, pouvant engendrer des difficultés d'adaptation, ainsi que des effets négatifs sur la santé aussi bien physiquement que mentalement. Mais également une seconde transition dans le cas d'un déménagement (exemple : lorsqu'une personne quitte son domicile pour aller vivre en institution comme l'EHPAD). Cette transition peut engendrer un isolement social ou l'apparition d'une dépression. Pour finir, on retrouve également la transition de deuil lorsque l'on perd un être qui nous est cher pouvant également favoriser l'apparition de la dépression ou encore encourir un risque suicidaire (kaplan, 2023).

Au cours de notre vie, nous rencontrons diverses transitions qu'elles soient plus ou moins importantes, perçues comme une opportunité ou un danger (Adams et al., 1976). Cependant, il est nécessaire de pouvoir avoir la capacité de s'ajuster et de s'adapter aux changements car ils provoquent ce qu'on appelle des « effets significatifs » sur l'image que l'on perçoit de soi (Blair, 2000). De plus, il est important de noter que toutes les transitions n'ont pas la même « signification » et sont vécues différemment d'une personne à une autre. Elles peuvent être positive, négative ou les deux (Adler & Castro, 2019). Les transitions peuvent également être « soudaines et inattendues » (Adler & Castro, 2019). Si une transition se manifeste de manière inattendue, il est difficile de pouvoir s'adapter aux changements conséquents (Blair, 2000). Cet impact peut être également favorisé par l'apparition du stress généré par les transitions. Elles peuvent représenter un risque d'apparition séquellaire psychologique pouvant engendrer un état dépressif (Adler & Castro, 2019).

Pour pouvoir s'adapter à une transition, il faut prendre en compte 4 facteurs influençant cette adaptation (Adler & Castro, 2019) :

- La situation (changement attendu ou non)
- Le soi (caractéristiques démographiques et ressources psychologiques)
- Le soutien social (relations sociales)
- Les stratégies (Adaptation)

Dans le cadre d'une personne âgée ayant subi une transition du lieu de vie en EHPAD, des conséquences sur l'état de santé comme l'apparition de dépression peuvent s'installer. Ces conséquences peuvent engendrer une double transition avec en plus, la manifestation d'un désengagement occupationnel de la personne. En ergothérapie, l'adaptation concernant la fluctuation de l'état de santé est un « concept durable ». Si l'on s'appuie sur l'utilisation du MCREO en ergothérapie, on va chercher à mettre en place des activités personnalisées, qui ont du sens pour la personne et donc favoriser son engagement dans des activités qui lui sont « familières » (Blair, 2000). En tant qu'ergothérapeute, il semble donc important de s'intéresser à la sphère d'engagement occupationnel dans la prise en soin de la dépression chez la personne âgée.

III. Engagement occupationnel

L'engagement est défini comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013, p. 15). La notion d'engagement va donc de pair avec la notion d'occupation qui est définie comme un groupe d'activités (soins personnels, productivité, loisirs) ayant un intérêt personnel et socioculturel (Meyer, 2013). On sait déjà que l'engagement dans l'activité prend en compte la participation psychologique et physique de la personne (Morel-Bracq, 2017). Cependant, le niveau d'investissement d'une personne concernant son engagement occupationnel ne dépend pas seulement de l'effort physique mais prend en compte l'intérêt et le niveau de concentration qu'engage la personne pour l'activité (Polatajko & Townsend, 2008).

L'engagement est également décrit comme un « état » dépendant de divers facteurs aussi bien externes, qu'internes à la personne (exemples : le contexte socio-environnemental) (CAIRE, 2023). L'influence de ces facteurs rend l'engagement occupationnel multifactoriel et donc lui permet d'évoluer au fur et à mesure du temps (Morris et al., 2018, p.155) . Il peut se définir par ce qu'on appelle « *le crédo doing, being, becoming and belonging* » (Wilcock, 1998) :

- Doing : désigne « l'action ».
- Being : désigne les « valeurs individuelles »
- Becoming : désigne le « caractère évolutif » de l'engagement
- Belonging : désigne les « facteurs externes »

De plus, l'engagement fait référence à la notion de participation car elle permet d'engager la personne dans une « occupation » appartenant à une situation de vie « socialement contextualisée » (Meyer, 2013). Cette occupation ne doit pas représenter un simple intérêt pour la personne mais elle doit avoir une influence positive, c'est pourquoi l'engagement occupationnel est représenté par un degré de participation (Morris et al., 2018). Il est donc important que les occupations soient significatives car elles permettent l'intégration dans la prise de décision, elles favorisent le sentiment de responsabilité et améliorent le bien-être de la personne (Tsatsi & Plastow, 2021).

En ergothérapie, il est dit que les « restrictions d'engagement » sont causées par des problèmes que rencontrent les personnes (Meyer, 2013). Il est donc nécessaire qu'en ergothérapie le niveau d'engagement occupationnel de la personne soit évalué (CAIRE, 2023). De plus, lors d'une conférence, il a été indiqué que l'ergothérapie est une pratique dans laquelle la prise en compte l'engagement occupationnel et le travail autour de concept était important notamment en intégrant complètement la personne dans sa prise en soin (Kauffmann, 2018). Ainsi, l'ergothérapeute va donc permettre de favoriser l'engagement des personnes dans leurs activités de vie quotidienne, en adaptant l'environnement et les activités (Physiothérapie Universelle, 2016).

En EHPAD, les personnes âgées peuvent ressentir un sentiment de perte « d'autodétermination » (Thomas & hazif-thomas, 2013). Cette perte peut s'expliquer par l'influence des facteurs personnels et environnementaux comme la transition de lieu de vie (exemple : l'entrée en EHPAD) provoquant des modifications occupationnelles. En effet, ces modifications peuvent facilement devenir une source de « dépression » chez la personne (Riou & Le Roux, 2017). L'engagement occupationnel est donc influencé par la présence d'une problématique particulière comme l'installation de la dépression et les facteurs extérieurs (environnementaux) tel que l'EHPAD (Kauffmann, 2018). Afin de solliciter au mieux la personne âgée dans des activités, il est important en tant qu'ergothérapeute d'avoir une approche « utile », c'est-à-dire qui a du sens pour la personne (Adler & Castro, 2019) ; pour permettre de pallier aux problèmes que rencontrent les personnes âgées souffrant de dépression comme les difficultés à s'engager, à accomplir une activité et/ou à entretenir des relations sociales (Coryell, 2021), l'ergothérapeute peut mobiliser un système de « soutien social » et « d'adaptation » centré sur les ressentis perçus de la personne (Adler & Castro, 2019). Pour cela, il va pouvoir utiliser une approche non médicamenteuse par le biais d'une intervention comme la médiation animale connu pour favoriser le lien social (Fondation de l'Armée du Salut, 2022).

IV. Médiation animale : la cynothérapie en ergothérapie

Qu'est-ce que la médiation animale ?

Comme son nom l'indique, la médiation animale est le fait d'utiliser un animal comme « médiateur » dans sa pratique auprès d'une population, par exemple, l'accompagnement des personnes âgées (AFTAA, 2024). La médiation animale est fondée sur une « relation d'aide » entre l'animal et la personne concernée dans un objectif de travail préventif ou thérapeutique. Elle est pratiquée par un professionnel « qualifié » dans un cadre bien défini (Bélair, 2017). Afin de qualifier cette pratique, 2 appellations sont proposées par Delta Society :

- « **Activité Associant l'Animal** » (AAA) : Elle n'implique aucune visée thérapeutique. Elle est réalisée par des personnes qui veulent venir avec leur chien pour distraire les résidents en EHPAD par exemple (Michalon, 2019).
- « **Thérapie Assistée par l'Animal** » (TAA) : Elle implique une visée thérapeutique. Elle est réalisée par des thérapeutes dis « reconnus » du médical et du paramédical, souhaitant intégrer dans leur pratique le contact animalier à condition d'effectuer une formation spécifique (Michalon, 2019).

En plus des différentes appellations, il existe plusieurs intervenants dans la médiation animale (Lehotkay, 2021) :

- **L'auxiliaire en médiation animale** : Il peut intervenir pour faire des activités au sein d'une structure avec l'animal.

- **L'intervenant en zoothérapie** : Cela peut concerner tous les professionnels de santé ayant suivi une formation en zoothérapie, intervenant dans des structures à visée thérapeutique.
- **Le zoothérapeute** : Cela concerne les thérapeutes, comme les ergothérapeutes ayant fait une spécialisation en zoothérapie intervenant dans un but thérapeutique.

La médiation animale débute dans les années 1960 avec comme médiateur, deux principaux animaux : le cheval et le chien (Michalon, 2019). Cependant, dans cette étude, nous allons nous intéresser à la médiation animale par le chien, aussi appelé la « cynothérapie », proposé par des thérapeutes et plus particulièrement par des ergothérapeutes.

Qu'est-ce que la cynothérapie ?

La cynothérapie est apparue en France dans les années 2000 (Michalon, 2019) et représente la thérapie « assistée » par le chien. Elle fait partie de la zoothérapie comme « l'équithérapie », qui est la thérapie « assistée » par le cheval. C'est une médiation utilisée en complément d'une thérapie traditionnelle comme par exemple l'ergothérapie (Swiss Medical Network, 2024). En effet, la cynothérapie dite « professionnelle », c'est-à-dire la thérapie par la médiation du chien se pratique par le biais d'un professionnel travaillant dans le secteur sanitaire et/ou social. Ce professionnel formé est appelé « Intervenant professionnel en médiation animale » et cherche à travailler l'aspect cognitif, physique, psychosocial et/ou affectif de la personne qui en nécessiterait le besoin (IFZ, 2024).

L'intégration de l'animal et plus particulièrement le chien, se fait de plus en plus dans le milieu médical et paramédical. Cela pourrait s'expliquer d'abord par la relation avec l'homme qui existe depuis des milliers d'années mais également par son utilité dans la survie, le sauvetage des humains, que l'on appelle « chien utilitaire ». En effet, le chien peut être utilisé pour la traction, la chasse, les secours, les tremblements de terre, la police, l'assistance et enfin la zoothérapie (Beiger, 2008).

Les principes de la cynothérapie

Il est important de bien nuancer la différence entre un chien venant rendre de simples visites et des ateliers de cynothérapie. En effet, le chien médiateur possède une éducation bien spécifique permettant une intervention aussi bien thérapeutique, éducative, que psychologique auprès des personnes (IFZ, 2024). Sa participation va possiblement permettre d'accomplir certains gestes, certains apprentissages, d'adopter certaines postures, de favoriser le bien-être, le confort et la quiétude, mais également d'atteindre des objectifs thérapeutiques mis en place (de Villers & Servais, 2016). Les objectifs peuvent être éducatifs, thérapeutiques, occupationnels et ludiques (de Villers & Servais, 2016), mais également être d'aspect physique, psychologique et cognitif (Miller J et al., 2003).

Ce qui est intéressant dans la cynothérapie, ce sont les différentes influences permettant l'atteinte de l'objectif fixé entre le résident en EHPAD et le thérapeute. Si l'on prend l'exemple de l'ergothérapeute, ce dernier utiliserait cette médiation avec une intention thérapeutique, notamment avec

un point de vue occupationnel, en regard du MCREO avec la personne, l'environnement et les occupations. L'occupation regroupe les soins personnels, la productivité et les loisirs de la personne. La triade que l'on retrouve dans le MCREO, se retrouve parallèlement dans la pratique de la cynothérapie car celle-ci comporte : la personne âgée (avec son histoire, sa problématique, ses angoisses, etc...), le chien (avec ses caractéristiques et son caractère) et l'ergothérapeute (avec ses connaissances, sa façon d'être, son vécu propre, etc...) (Beiger & Dibou, 2017). Lorsque la médiation est utilisée d'un point de vue thérapeutique, le professionnel, comme l'ergothérapeute doit élaborer un projet de prise en soin en intégrant l'animal afin de l'utiliser comme « outil » de médiation dans sa pratique. Par la suite, une réévaluation sera à réaliser afin d'observer une possible progression permettant l'atteinte des objectifs thérapeutiques (Miller J et al., 2003). Pour ce faire, le thérapeute doit dans un premier temps effectuer un travail d'aspect relationnel en créant du lien avec l'animal, ainsi que l'alliance thérapeutique avec la personne. Dans un second temps, le thérapeute doit mettre en place des séances auprès des résidents afin de répondre aux nécessités humaines comme l'intégration sociale et l'estime de soi (Beiger, 2008).

L'utilisation de la cynothérapie dans la pratique ergothérapique est recommandée d'un point de vue occupationnel, par un travail sur le sens des responsabilités, la revalorisation, l'intégration sociale et permettre de donner un sens à la vie de la personne (Walker-Jones et al., 2013). En effet, l'ergothérapeute est le seul professionnel à travailler autour des occupations d'une personne en apportant un regard thérapeutique. Il est donc tout à fait légitime de pouvoir utiliser des « médias » ludiques, comme la cynothérapie, dans l'objectif d'investir la personne dans une occupation antérieure ou nouvelle. De plus, l'ARS a piloté et évalué des « plans d'actions régionaux » afin de prévenir les facteurs de risque concernant une hospitalisation pouvant être évitable, comme par exemple, la dépression. Elle dit devoir repérer les symptômes et souhaite favoriser une prise en soin non médicamenteuse par le biais d'une approche « relationnelle » (Aquino et al., 2013). L'ergothérapeute a donc son intérêt à utiliser une médiation comme la cynothérapie auprès des personnes âgées souffrant de dépression car c'est un « véritable pilier à l'approche non médicamenteuse » (Saragoni, 2015) et il favorise la prévention tertiaire (IFETOUL, 2022).

Hypothèse

Les recherches théoriques abordées précédemment m'ont amenée à élaborer une hypothèse en réponse à ma problématique. Pour rappel, ma problématique est la suivante :

De quelle manière la prise en soins ergothérapique peut-elle favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression suite à la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD ?

Afin de répondre à cette problématique une hypothèse a été élaborée au vu des concepts de transition occupationnelle et d'engagement occupationnel abordés dans ce mémoire. L'hypothèse est donc la suivante :

La cynothérapie en ergothérapie va permettre de favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression causée par la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD.

Phase expérimentale

I. Méthodologie d'enquête

1. Les objectifs d'enquête et les critères d'évaluation

Dans le cadre du mémoire, un projet d'enquête sur le terrain doit être mené afin de collecter des données permettant de vérifier l'hypothèse établie. Nous porterons une attention particulière sur l'utilisation de la cynothérapie dans la pratique ergothérapique favorisant l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression suite à l'entrée en EHPAD. Afin de pouvoir répondre à la problématique et ainsi valider ou invalider l'hypothèse, j'ai formulé 4 objectifs, chacun répondant à des critères d'évaluation afin de vérifier leurs atteintes. Les objectifs ont été définis selon la méthode « SMART », c'est-à-dire « Spécifique » (S), « Mesurable » (M), « Atteignable » (A), « Réaliste » (R) et « Temporel » (T). L'intérêt de définir les objectifs selon cette méthode est d'avoir des objectifs dit « pertinents » et facilitant l'atteinte de ces derniers (Steffens & Cadiat, 2015).

Les 4 objectifs définis pour la réalisation de cette enquête sont les suivant :

- Objectif 1 : Déterminer la présence d'un accompagnement en ergothérapie autour de la transition occupationnelle lié à l'entrée en EHPAD des personnes âgées souffrant de dépression d'ici le 12/04/2024.
 - Critères d'évaluation (qualitatifs) :
 - Les enquêtés expriment le fait qu'ils travaillent, ou ont déjà travaillé, avec des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD.
 - Les enquêtés énumèrent des observations et des actions spécifiques à cette population.
 - Les enquêtés énoncent des outils ou des moyens mis en place afin de travailler l'axe de la transition occupationnelle.

- Présence d'un champ lexical se rapportant à la dépression, *exemples : apathie⁶, asthénie, déprime, isolement.*
 - Présence d'un champ lexical se rapportant à la transition occupationnelle, *exemples : changement du lieu de vie ou des occupations, passage d'une routine quotidienne à une autre, modification des occupations.*
- Objectif 2 : Identifier la présence d'un accompagnement en ergothérapie autour de l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD d'ici le 19/04/2024.
 - Critères d'évaluation (qualitatifs) :
 - Les enquêtés énoncent des outils ou des moyens mis en place afin de travailler l'axe de l'engagement occupationnel.
 - Présence d'un champ lexical se rapportant à l'engagement occupationnel, *exemples : niveau d'investissement dans une occupation, volontaire / en accord / participe ou non à la réalisation d'une occupation.*
 - Objectif 3 : Vérifier que l'accompagnement de la transition occupationnelle en ergothérapie favorise l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD d'ici le 26/04/2024.
 - Critères d'évaluation (qualitatifs) :
 - Les enquêtés énoncent une influence de l'accompagnement en ergothérapie de la transition occupationnelle sur l'engagement occupationnel.
 - Objectif 4 : Etudier l'impact de l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie dans l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD d'ici le 03/05/2024.
 - Critères d'évaluation (qualitatifs) :
 - Présence dans le discours des enquêtés de l'observation d'une influence de l'utilisation de la cynothérapie sur l'engagement occupationnel.
 - Les enquêtés énoncent l'intérêt de l'utilisation de la cynothérapie sur l'engagement occupationnel.
 - Présence d'un champ lexical se rapportant à la cynothérapie, *exemples : thérapie avec le chien, médiation animale avec le chien, thérapie assistée par le chien, zoothérapie.*

⁶ Apathie : « Déficit persistant de la motivation » (HAS, 2014)

2. Population cible de l'étude

Cible de l'étude

Pour pouvoir réaliser l'enquête et tenter de répondre à la problématique, il était nécessaire de choisir dans un premier temps la population ciblée pour constituer l'échantillon par la suite. La population cible est définie comme « *la population dont on veut obtenir de l'information* » (Fellegi, 2003). C'est-à-dire que l'on va choisir une population à partir de critères d'inclusion et d'exclusion que nous aurons identifiés en amont. Afin de réaliser mon enquête, j'ai décidé de choisir une population cible regroupant des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en EHPAD auprès de personnes âgées souffrant de dépression et qui utilisent la cynothérapie dans leur pratique.

De plus, je souhaite inclure des ergothérapeutes exerçant en France car même si des réseaux mondiaux comme la WFOT, COTEC et ENOTHE créés pour offrir une pratique commune à l'international, cette dernière n'évolue pas dans un espace-temps commun offrant ainsi une pratique et des études variées selon les pays (Charret & Thiébaud Samson, 2017). Je trouve donc important de rester centrée sur une pratique française.

J'ai par la suite hésité sur la pertinence des ergothérapeutes à interroger. En effet, je ne voulais pas restreindre mes recherches en interrogeant seulement des ergothérapeutes utilisant la cynothérapie. Cela me permettrait d'avoir un plus grand nombre de réponse et de pouvoir comparer la pratique avec l'utilisation de la cynothérapie et celle sans. Cependant, dans mon hypothèse, je m'intéresse à l'impact de la cynothérapie sur l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression, il était donc plus pertinent que je restreigne mes recherches et mon échantillon à ce critère.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les caractéristiques de la population cible sont définies selon 4 critères d'inclusion et 3 critères d'exclusion.

Sont inclus :

- Les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en EHPAD.
- Les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes âgées souffrant de dépression.
- Les ergothérapeutes utilisant la cynothérapie dans leur pratique.
- Les ergothérapeutes exerçant sur le territoire français.

Sont exclus :

- Les autres professionnels qui ne sont pas ergothérapeutes.
- Les ergothérapeutes ayant une pratique inférieure à un an.
- Les ergothérapeutes ayant un faible niveau de compréhension de la langue française.

Ces critères permettront d'orienter ma démarche de recrutement d'ergothérapeute en vue de la réalisation de l'enquête.

3. Démarche de recrutement

Afin de constituer l'échantillon et trouver des ergothérapeutes volontaires pour répondre à mon enquête, j'ai utilisé différentes techniques de démarchage. Dans un premier temps, j'ai créé une affiche de recrutement avec comme contenu les informations essentielles (Un titre reprenant le sujet de mon mémoire, les critères d'inclusion, les modalités de l'enquête et mon mail afin d'établir un contact).

Les techniques de démarchages utilisées sont :

- Par le biais des réseaux sociaux afin de permettre les partages et rendre visible mon poste (Facebook : compte personnel « en public » pour permettre le partage du poste et sur des groupes « Mémoire en ergothérapie », « Ergo en EHPAD » et « Formation en Médiation Animale » ; LinkedIn et Instagram). De plus, sur chaque réseau social, j'ai également démarché directement des ergothérapeutes en messages privés qui semblaient correspondre à mes critères ou qui avaient une certaine visibilité et qui étaient volontaires pour partager mon poste.
- Par le biais de « Bouche à oreille », en contactant par message des anciens tuteurs de stage ainsi que des anciens camarades de promotion pour partager mes critères de recherche et m'orienter vers des ergothérapeutes correspondant à mes critères.
- Par le biais de mails trouvés lors de recherches internet « Ergothérapeutes utilisant la médiation animale » me dirigeant vers des sites (exemple : l'AFTAA).

Afin de mieux comprendre ma démarche de recrutement, j'ai élaboré un diagramme de flux retraçant les techniques de recherche ainsi que la réponse des ergothérapeutes :

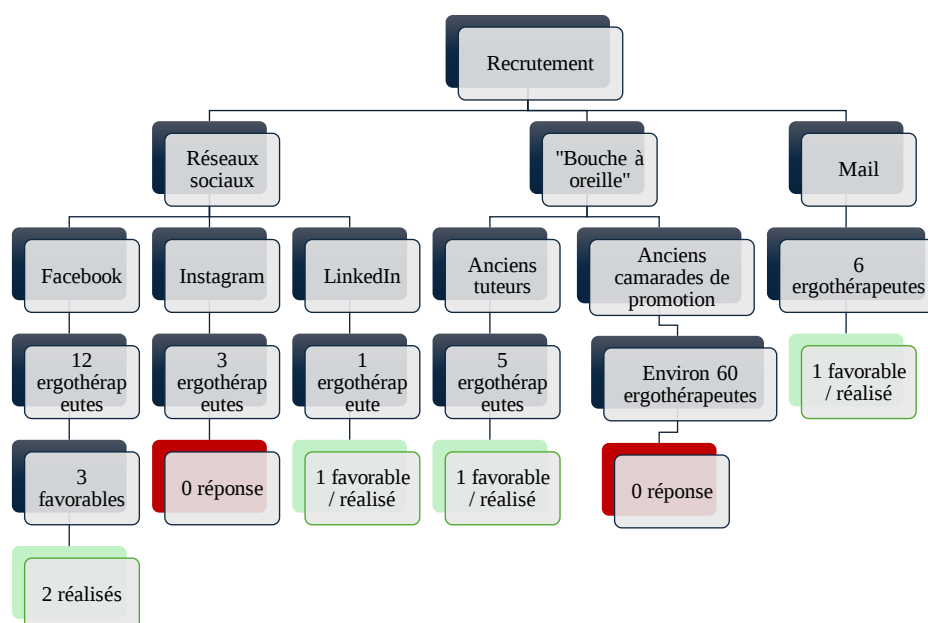


Figure 2 : Diagramme de flux retraçant la démarche de recrutement des ergothérapeutes

En observant ce diagramme on constate que le recrutement via les réseaux sociaux a été le plus efficace.

4. Choix de l'outil d'investigation : L'entretien

Dans le cadre du projet d'enquête, il est important d'établir le choix de l'outil d'investigation que nous allons utiliser. Pour ce faire, il faut dans un premier temps comprendre ce qu'est une enquête. L'enquête est définie comme *"l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doivent permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé"* (Blanchet & Gotman, 2007). Comme explicité précédemment, j'ai formulé une hypothèse ainsi que plusieurs objectifs permettant de valider ou non cette dernière. La récolte des données amenant à la vérification de l'hypothèse peut se faire via différentes études : l'étude qualitative, qui s'élabore par le biais d'observation et/ou d'entretien ou l'étude quantitative, qui peut être dirigée par un sondage et/ou un questionnaire. L'étude qualitative va permettre de *« comprendre ou d'expliquer un phénomène »* (Gaspard, 2020), c'est-à-dire que les données vont être interprétées. Tandis que l'étude quantitative va permettre de *« prouver ou démontrer des faits en quantifiant un phénomène »* (Gaspard, 2020), c'est-à-dire que les données vont être chiffrées (Gaspard, 2020).

J'ai décidé d'aborder l'étude qualitative dans le cadre de mon enquête car c'est celui qui me semble être le plus pertinent par rapport à mon sujet. En effet, si l'on reprend la définition de l'étude quantitative ci-dessus, je souhaiterais expliquer le « phénomène » c'est-à-dire l'influence de la cynothérapie en ergothérapie sur les personnes âgées souffrant de dépression. De plus, il me semble plus important d'avoir une méthode interactive avec un échange verbale permettant de rebondir sur des axes particuliers

favorisant l'interprétation des données. C'est pour cela que parmi les outils d'investigations basés sur l'étude qualitative, j'ai choisi de m'orienter vers l'entretien et plus précisément, l'entretien semi-directif. En effet, il permet de récolter les données d'une « expérience » (Blanchet & Gotman, 2007). De plus, l'intérêt de choisir l'entretien semi-directif est qu'il permet à l'intervieweur de structurer son entretien grâce à un « guide d'entretien ». Ce guide va permettre d'évoquer les différents « thèmes » à aborder et d'apporter des questions de relance à l'interlocuteur si besoin afin de récolter des données le plus détaillées et permettre de valider ou invalider nos objectifs et donc notre hypothèse (Fenneteau, 2015).

5. Structuration du guide d'entretien

Le guide d'entretien (ANNEXE IV) se conçoit avant tout entretien. Comme énoncé ci-dessus, le guide d'entretien est un pilier pour le bon déroulement d'un entretien. Il permet à l'intervieweur de cadrer l'entretien et d'orienter l'interlocuteur sur les thèmes à aborder (Blanchet & Gotman, 2007). Les thèmes que je vais aborder dans mon guide d'entretien sont :

- Le parcours professionnel des ergothérapeutes interrogés
- La dépression des personnes âgées
- La transition occupationnelle
- L'engagement occupationnel
- La cynothérapie

Une organisation bien définie est élaborée pour chaque thème. Dans un premier temps nous retrouvons les questions principales en lien avec le thème correspondant, puis sont indiqués les critères d'évaluation, c'est-à-dire ce que je cherche à savoir en posant ma question. Si les critères attendus ne sont pas validés complètement par la réponse de l'interlocuteur, des questions de relance sont posées afin de l'aiguiller. Pour permettre de clôturer l'entretien et s'assurer qu'aucune information n'a été oubliée, une question complémentaire est ajoutée pour une dernière récolte d'informations. Etablir un nombre limité de thème permet de rechercher des réponses précises de l'interlocuteur concernant un sujet spécifique (Fenneteau, 2015).

Afin d'assurer la cohérence de mon guide d'entretien, ce dernier a été vérifié par ma maitre de mémoire et testé auprès d'anciens camarades de promotion de l'IFE de Créteil. De plus, afin de m'assurer de la formulation de certaines questions et favoriser la compréhension de ces dernières, le guide a également été testé auprès de certaines personnes ne travaillant pas dans le domaine de l'ergothérapie.

6. Passation des entretiens

Après avoir démarché des ergothérapeutes via les réseaux sociaux, bouche à oreille et par mail, 5 ergothérapeutes ont été retenus pour réaliser un entretien dans le cadre de l'enquête (N=5).

Informations relatives à l'entretien

Avant la réalisation de chaque entretien, un formulaire de consentement a été envoyé par mail afin d'avoir un retour du document signé pour le jour de la passation de l'entretien. Le formulaire de consentement contenait l'objet de l'accord, le motif de l'entretien, la période de réalisation, ainsi que des articles relatifs aux règles d'accord des modalités de l'entretien. Ces règles expliquaient le déroulé de l'entretien, l'usage des informations personnelles, l'objet d'étude ainsi que les objectifs associés, les responsabilités, les modalités d'enregistrement, le respect de l'anonymat et la possibilité de recevoir un exemplaire du mémoire.

Le jour de la passation, en début d'entretien, un rappel des consignes et des règles était présenté ainsi qu'une demande de consentement oral concernant un enregistrement audio permettant la retranscription (ANNEXE V) des entretiens dans le respect de l'anonymat par la suite.

Lieu

Pour chaque entretien, les modalités de passation étaient libres (en physique, par téléphone ou en visio-conférence) mais dépendaient de certaines contraintes (de lieux et d'emploi du temps). De ce fait, les 5 entretiens ont été réalisés en visio-conférence via la plateforme « Zoom ».

Concernant les contraintes d'emploi du temps, 2 entretiens ont été réalisés en soirée après la journée de travail des ergothérapeutes, le 20/03/2024 et le 08/04/2024. Les 3 autres entretiens, ont été réalisés sur le temps de travail des ergothérapeutes à différents moments de la journée le 29/03/2024.

Durée

Concernant la durée de passation, j'avais prévu initialement un entretien d'environ une heure. Cependant, lors de la passation, la durée pouvait varier d'une demi-heure à trois quart d'heure.

Afin de faire du lien avec mon premier thème abordé dans le guide d'entretien « Parcours professionnel », voici un tableau représentant les différents ergothérapeutes interrogés :

	E1	E2	E3	E4	E5
Date de l'entretien	20 mars 2024	29 mars 2024	29 mars 2024	29 mars 2024	8 avril 2024
Diplômé depuis...	2018	2022	2017	2019	2021
Durée de l'entretien	30 minutes	33 minutes	37 minutes	34 minutes	37 minutes
Formations suivies	- D.E ergothérapie - Thérapie assistée par le chien (2020)	- D.E ergothérapie	- D.E ergothérapie - Thérapie assistée par l'animal (2018) - Formation axée sur la pédiatrie (l'écriture,	- D.E ergothérapie - Formation escarre et positionnement - ACACED	- D.E ergothérapie - Zoothérapie - Spécialisation en psychiatrie

			l'intégration neurosensorielle)		
Expériences professionnelles	- Hospitalisation à domicile (gériatrie)	- EHPAD	- Centre de rééducation (adulte, personnes âgées - Libérale (EHPAD)	- EHPAD	- EHPAD - SMR gériatrique - SMR adulte - Médecine physique de réadaptation - USLD,
Lieu d'intervention actuel	- Libérale (MAS, pédiatrie : IME, gériatrie : EHPAD	- EHPAD	- Libérale (Centre de rééducation, EHPAD)	- Centre de rééducation (adulte, personnes âgées)	- Psychiatrie

Tableau 1 : Présentation des ergothérapeutes interrogés

II. Analyse des résultats

1. Méthode d'analyse

L'analyse est définie comme « *une dynamique de clarification de sens* » (Anadón & Savoie-Zajc, 2009) des données répertoriées en lien avec les recherches effectuées en amont. Comme nous l'avons dit auparavant, la base de cette étude repose sur l'analyse de données qualitatives. C'est-à-dire, que l'analyse va porter autour d'un « phénomène » et permettre d'en dégager un résultat (Krief & Zardet, 2013). Par exemple, dans ce mémoire nous cherchons à étudier l'impact de la cynothérapie dans l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD.

Afin de procéder à l'analyse des données, j'ai utilisé une méthode d'analyse qualitative de thématique. C'est-à-dire, qui va permettre « *d'interpréter le contenu* » (Krief & Zardet, 2013), par un processus de tri des données divisées en « thèmes » et « sous-thèmes » en fonction des « verbatims » produits dans le discours des ergothérapeutes interviewés (Paillé & Mucchielli, 2012).

L'analyse s'est effectuée en plusieurs étapes, similaire au processus décrit par Wolcott (Anadón & Savoie-Zajc, 2009) :

- **Etape 1 : « La description »** : Elle concerne la « récolte des données » et « l'organisation » de ces dernières. On y retrouve la retranscription de chaque entretien, ainsi que le tri des verbatims.
- **Etape 2 : « L'analyse »** : Elle permet la « comparaison des données ». On y retrouve l'analyse des verbatims en fonction des sous-thèmes repérés dans chaque entretien.
- **Etape 3 : « L'interprétation »** : Elle apporte une « compréhension des données » en lien avec l'analyse faite précédemment afin d'arriver à un « résultat ».

Pour permettre de faciliter l'analyse des données qualitatives, une grille d'analyse a été créée avec les thèmes, les sous-thèmes et les verbatims repérés lors de chaque entretien (ANNEXE VI). J'ai décidé d'exclure le thème « Parcours professionnel » dans le contenu de l'analyse des données, afin de me centrer sur les 4 autres thèmes abordés dans le guide d'entretien permettant de répondre aux objectifs élaborés. C'est pour cela que le parcours professionnel de chaque ergothérapeute interviewé a été décrit en amont.

Ainsi, le thème « Dépression des personnes âgées » a été divisé en 3 parties :

- Types et causes de dépression
- Impact de la dépression
- Intervention en ergothérapie

Le thème « Transition occupationnelle » a été divisé en 2 parties :

- Impact de la transition occupationnelle
- Accompagnement de la transition occupationnelle en ergothérapie

Puis, le thème « d'engagement occupationnel » a été également divisé en 2 parties :

- Identification d'un déficit ou d'un problème d'engagement occupationnel
- Accompagnement de l'engagement occupationnel en ergothérapie

Pour finir, le thème de la « cynothérapie » a été divisé en 3 parties :

- Cynothérapie en ergothérapie
- Plus-values de la médiation en ergothérapie
- Limites de la cynothérapie en ergothérapie

2. Analyse des données

2.1. Dépression des personnes âgées

2.1.1. Types et causes de dépression

Au début de l'entretien, les ergothérapeutes ont abordé la notion de « dépression » lorsqu'ils exprimaient leur accompagnement auprès des personnes âgées en EHPAD. Cependant, seulement deux ergothérapeutes sur cinq ont exprimé les types et causes de dépressions subis par les personnes âgées. E2 dit qu'il existe « **plein de types de dépressions** » sans détailler ces dernières. E5 quant à elle, précise qu'elle peut être « **déjà installée** » ou encore qu'elle puisse s'installer de « **façon permanente** ».

Concernant les causes de la dépression, E2 indique un lien avec « **la solitude à domicile** » tandis que E5 présente « **deux cas de figure** ». Le premier cas de figure rejoint E2 avec une dépression « **déjà**

présente » en amont mais qui « *s’installe de façon permanente* » lors de « *l’entrée en EHPAD* ». Le deuxième cas de figure concerne également l’entrée en EHPAD mais avec des personnes « *anosognosiques* ⁷ » qui ne « *savent pas ce qu’elles font là* » engendrant l’installation d’une « *dépression* ».

Pour finir, E2 exprime le fait qu’il est « *assez fréquent chez la personne âgée en institution* » de souffrir de **dépression**, tandis que E5 indique qu’il est « *rare que l’on voie des gens qui arrivent déprimés en EHPAD* ».

2.1.2. Impact de la dépression

Résultats :

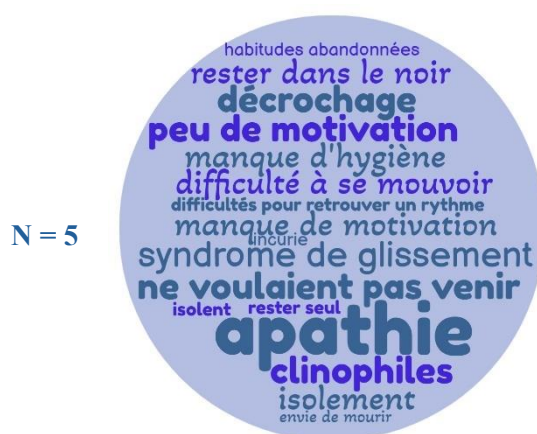


Figure 3 : Nuage de mots désignant l’impact de la dépression sur la personne âgée

Analyse :

Tous les ergothérapeutes ont relevé des impacts de la dépression sur la personne âgée en EHPAD. E4, souligne le fait que les personnes ont dû « *abandonner* » leurs « *habitudes* », leur « *rythme de vie* » qu’elles avaient à cause de « *l’apparition de la maladie* ». En effet, selon E1, la personne va avoir des « *difficultés à se mouvoir* » et selon E2, elle va être dans l’impossibilité d’une « *reprise d’activité* » même si la personne souhaite « *reprendre* » cette dernière.

Quatre ergothérapeutes relèvent un **impact motivationnel** : la dépression marque la présence d’une « *apathie* » selon E1 et E2. De plus, E1 dit que les personnes ont « *peu de motivation* » tandis que E4 et E5 expriment le fait que ces dernières « *manquent de motivation* ». En parallèle de ce manque de motivation, tous les ergothérapeutes ont indiqué la présence d’un **retrait social**, notamment « *l’isolement* » selon E1 et E2 qui expriment que ce sont « *souvent des personnes qui s’isolent* ». E3

⁷ Anosognosique : « *Manque de conscience des déficits* » (Bastin & Salmon, 2020)

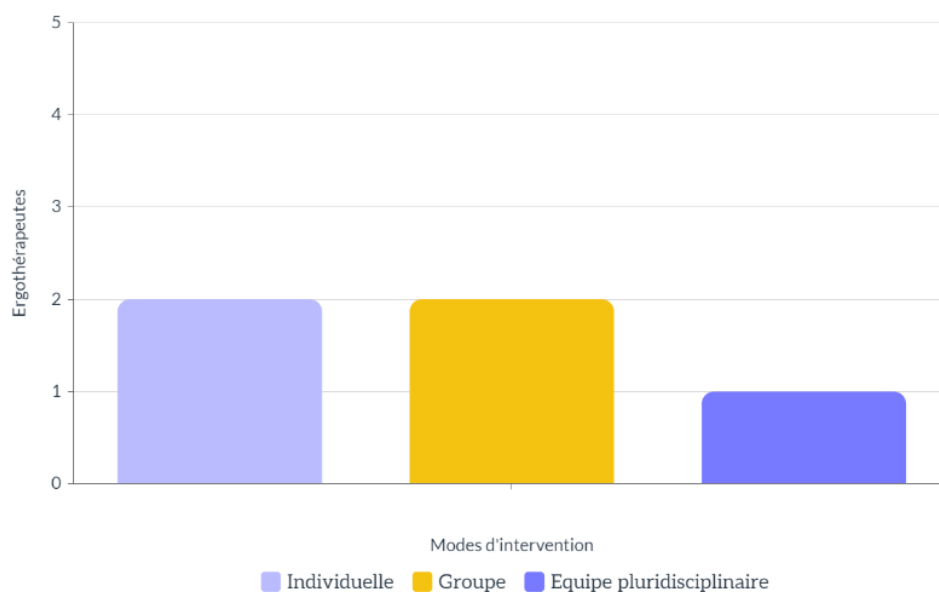
mentionne que ce sont des personnes qui « *préféraient rester dans leur chambre seule* » et « *dans le noir* », en plus de E4 qui souligne que ce sont des personnes « *clinophiles* » et qui selon E5 aiment « *rester dans le lit toute la journée* ».

Ainsi, la dépression peut avoir un impact également sur les **soins personnels** par la présence « *d'incurie* », « *un manque d'hygiène* » selon E5 et encore plus important par la présence d'un « ***syndrome de glissement*** » comme l'exprime E2 et/ou une « *envie de mourir* » selon E5.

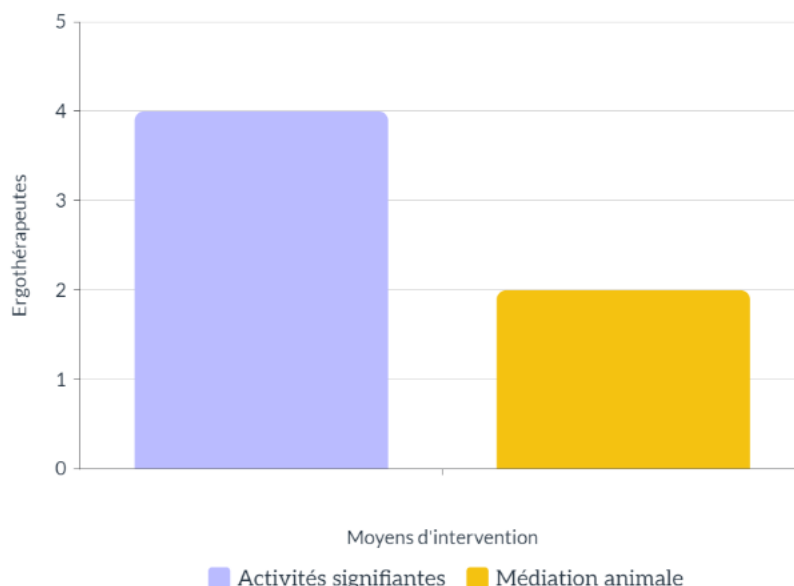
Pour finir, **trois ergothérapeutes** signalent que la prise en soin est également impactée car E1 exprime le fait que la personne peut présenter un « ***décrochage complet dans la prise en soin*** », E2 affirme « *qu'on ne va pas réussir à faire quelque chose* » et E3 que la personne ne veut « ***pas venir en séance*** ».

2.1.3. Intervention en ergothérapie

Résultats :



Graphique 1 : Modes d'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD



Graphique 2 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD

Analyse :

Divers moyens d'intervention en ergothérapie ont été cités par **tous les ergothérapeutes interrogés** afin d'agir sur la dépression des personnes âgées en EHPAD.

Seulement **deux ergothérapeutes** ont précisé leur mode d'intervention en ergothérapie. E1 « *intervient souvent en **individuel*** » comme E2 qui va avoir « *plus un moment en **individuel*** ». E1 intervient également « *en **groupe*** » avec « *maximum 3 personnes* » tandis que E2 s'occupe de « *l'intégration dans des **groupes** [...] par la suite* ». Il est important de souligner que E1 intervient auprès de personnes « *avec des **affects dépressifs** assez **importants*** », tandis E3 et E5 interviennent auprès des personnes âgées souffrant de dépression sans que ce soit la prise en soin initiale. E3 dit que son intervention n'était « ***pas axée sur la dépression** en elle-même* » et E5 exprime que « *ça n'a **jamais été le diagnostic principal*** » mais que c'était « *toujours **sous-jacent*** ». Concernant le **travail d'équipe**, seul E2 s'est exprimé et explique laisser « *déjà une **prise en charge psychologique*** » et travailler en « *partenariat avec la **psychologue*** »

Tous les ergothérapeutes ont mis en lien **l'entrée en relation** avec la personne âgée et **l'activité**. Cependant, **deux ergothérapeutes** ont des interventions d'entrée en relation similaire, E1 réalise un « ***entretien d'entrée*** » ce qui lui permet de « ***mieux connaître** la personne* » afin de « *déceler des **besoins**, des **difficultés** dans la vie quotidienne, des **envies**, un **manque** d'activité* » et cible avec elle « *des **objectifs ergo*** », de même que E4 qui réalise « *un **entretien** [...] pour **mieux les connaître*** »,

observe le « *comportement* » et si la personne « *s'engage dans la relation* » afin « *d'établir ensemble des objectifs* ». Les **deux autres ergothérapeutes** vont quant à eux passer par un biais similaire sans utiliser le terme « d'entretien » mais en utilisant « *la communication* » comme l'exprime E3 et le verbalise E5 par « *je lui disait que ...* ». Vient s'ajouter à cela la **présence physique** par la disponibilité de l'**ergothérapeute** comme le souligne E3 par « *je vais rester avec elle* » ou encore par la présence de **la famille** comme l'indique E2 par « *la famille peut être aidante* ».

Afin d'accompagner la personne âgée souffrant de dépression, **trois ergothérapeutes** passent par le biais **d'activités significantes**, qui ont du **sens** pour la personne. E2 essaie « *de coller le plus à ses besoins* », « *l'accompagne vers une reprise des activités significantes* » par une « *activité ciblée* ». E4 va « *toujours aller vers des choses qui les intéressent* », « *qu'elles aiment* » afin de « *chercher l'allure, l'initiative, la motivation* ». Ainsi, E5 va également à des « *occupations qui ont du sens* » en trouvant « *le petit truc qui résonne en eux* », par exemple « *aider à se maquiller* », « *bricoler* », etc... Cependant, si la personne n'adhère pas aux propositions, **deux ergothérapeutes** utilisent un moyen alternatif, **l'utilisation du chien**. En effet, E2 exprime « *travailler avec mon chien* » lorsque « *on n'arrive pas à prendre en soin des personnes* », de même que E4 qui dit proposer « *de faire des séances avec mon chien* ». Enfin, E3 propose une tout autre activité qui est « *d'aller marcher* » afin de discuter et rester avec la personne.

Pour finir, **deux ergothérapeutes** signalent des **difficultés dans la prise en soin**. E2 exprime le fait que la « *prise en charge est un petit peu compliqué* » car « *on se retrouve assez rapidement dans l'impasse* » et E5 affirme que « *l'intervention auprès de ces personnes est difficile mais il faut faire preuve de persévérance* ».

2.2. Transition occupationnelle

2.2.1. Impact de la transition occupationnelle

Résultats :

N = 5



Figure 4 : Nuage de mots du vocabulaire et champ lexical utilisés pour le terme de transition
occupationnelle

Analyse :

Le vocabulaire et le champ lexical en lien avec la transition occupationnelle ont été utilisés **par tous les ergothérapeutes**. Le terme désignant le plus la transition occupationnelle est le verbe « *changer* » ou encore le terme de « *changement* ». Cependant, on remarque que le terme « *passage* » ou la reprise du terme de « *transition* » reviennent fréquemment. Ce champ lexical est associé par **l'ensemble des ergothérapeutes** au changement du lieu de vie : E1 exprime un « *décalage de leur domicile à l'établissement* », E2 parle de « *l'entrée en institution* », E3 évoque « *le passage en EHPAD* », E4 et E5 énoncent « *l'entrée en EHPAD* ».

Trois ergothérapeutes font un lien entre la transition et les occupations. E3 explique l'influence de la transition en EHPAD qui engendre un changement de « *l'organisation quotidienne* » de la personne, c'est-à-dire que pour elle l'EHPAD ne « *permet pas de correspondre à leurs habitudes de vie* » comme « *manger* » (choix du repas, réalisation du repas, etc...) et « *se coucher* » (l'horaire de coucher). E4 exprime « *un changement* » concernant les « *occupations* » en précisant sur « *l'environnement matériel* », tandis que pour E5 « *les transitions des activités [...] elles se font tôt* », elles se font « *avant* », exemples « *je me fais à manger, je vais au taff, j'éduque mes enfants, je fais ma lessive* » puis « *un déclin se fait* ».

Pour finir, E2 énonce une « *double transition* », chez la personne âgée mais aussi chez « *l'aidant principal* ».

Résultats :

E1	« Apparition d'une dépression ou une aggravation », « ça amène souvent à de signes dépressifs »
E2	« Période d'apathie », « augmentation des troubles anxieux »
E3	« Apparition de dépression »

E4	
E5	« Tristesse de l'humeur », « dépression »

Tableau 2 : Lien entre la transition occupationnelle et la dépression des personnes âgées

Analyse :

Quatre ergothérapeutes expriment un lien de causalité entre la **transition occupationnelle** et **l'apparition de dépression**. En effet, E1, E2 et E3 verbalisent une « **apparition de dépression** » chez la personne âgée causée par une transition occupationnelle. E1 indique que même lorsque la dépression était déjà installée, la transition engendrait une « **aggravation des signes de dépression** ». E2 ajoute que des « **périodes d'apathie** » peuvent se manifester avec en plus « **une augmentation des troubles anxieux** » et E5 désigne l'apparition d'une « **tristesse de l'humeur** ».

Enfin, il existe d'autres impacts que ceux en lien avec la dépression. La transition peut être vécue différemment par certaines personnes âgées. E3 explique « *qu'il y en a certains ça se passe bien, souvent les plus autonomes* » mais que d'autres « *le vivent mal* », « *ceux qui ont un peu été forcés* ». En effet, E1 ajoute même que certaines personnes peuvent être « **déboussolées** » ou avoir des « **troubles cognitifs** » associés et qu'ils sont dans « **l'incompréhension globale** ». Ainsi, E2 exprime que la transition, notamment « *l'entrée en institution* » peut être « **très violente** » et même faire référence à la fin de vie comme l'indique E5 « *Ils vont mourir ici, ils en sont conscients* ».

2.2.2. Accompagnement de la transition occupationnelle en ergothérapie

Résultats :

	E1	E2	E3	E4	E5
Relation / Confiance		« Accompagner la personne » « Aller la voir » « Interlocuteur privilégié » « Faire connaissance » « Faire en sorte qu'elle se sente le mieux possible » « Mettre la personne à l'aise » « Aider à retrouver un rôle social », « ne soit pas en situation d'isolement » « Accompagner les familles », « implication constante de la	« Entretien » « On fait le projet d'accompagnement personnalisé »	« Il faut qu'elle puisse être en accord » « Laisser le temps de s'adapter, de prendre ses repères »	

		<i>famille dans ses projets »</i>			
		« <i>Confiance</i> »			
Equipe pluridisciplinaire		« <i>Intervention pluridisciplinaire</i> »			
		« <i>L'animatrice, l'ergo, la psy, les kinés, les soignants, etc...</i> »			
Activités	« <i>S'attarder sur les AVQ</i> » « <i>Reprendre un petit peu les activités en passant par le biais du chien</i> »				« <i>Quelque chose qui a du sens</i> »
Pertinence de travail	« <i>Pertinence à travailler sur la transition occupationnelle</i> »		« <i>C'est super important de travailler vraiment sur cet axe-là</i> »	« <i>C'est pertinent de travailler sur la transition occupationnelle</i> »	
Difficultés de prise en soin	« <i>On va être assez limité sur la prise en charge</i> »	« <i>Manque de confiance</i> »			

Tableau 3 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes pour agir sur la transition occupationnelle des personnes âgées

Analyse :

Tous les ergothérapeutes interrogés accompagnent la personne âgée en EHPAD dans la transition occupationnelle.

Trois ergothérapeutes ont précisé la **pertinence de travailler** sur cet axe-là en ergothérapie. E1 et E4 disent que c'est « *pertinent de travailler sur la transition occupationnelle* » et E2 ajoute « *c'est super important de travailler vraiment sur cet axe-là* ». Seul E2, indique utiliser « *une intervention pluridisciplinaire* » dans l'accompagnement de la transition occupationnelle des personnes âgées en EHPAD. Cette intervention se fait avec « *l'animatrice, l'ergo, la psy, les kinés, les soignants, etc...* ».

Comme pour l'intervention auprès de la personne âgée souffrant de dépression, **trois ergothérapeutes** montrent l'importance de la **relation de confiance** avec la personne âgée pour faciliter l'accompagnement de la transition occupationnelle. E3 va garder un mode d'intervention similaire en réalisant un « *entretien* » avec la personne, E2 va se présenter comme « *un interlocuteur privilégié* », cela va permettre de « *faire connaissance* », « *accompagner* » la personne et « *faire en sorte qu'elle se sente le mieux possible* », tandis que E4 va « *laisser le temps de s'adapter et prendre ses repères* ». Selon E2, l'accompagnement de la transition est le « *rôle propre de l'ergothérapeute* » c'est même sa « *plus-value* », pour cela il va donc « *l'aider à retrouver un rôle social* » afin d'éviter la « *situation d'isolement* ». Les **deux autres ergothérapeutes** vont plus essayer d'**inclure** la personne comme E3 qui élabore « *le projet d'accompagnement personnalisé* » avec la personne et E4 qui fait en sorte que la « *transition se fasse la plus douce possible* » en s'assurant que la personne « *puisse être en accord et*

réagir en fonction ». Afin de faciliter l'accompagnement, E2 évoque l'importance de la « **confiance** » et met à profit « **l'implication constante de la famille** » tout en prenant en compte le « *consentement* » de la personne. Enfin, E1 et E5 n'abordent pas la relation de confiance mais plus une **dimension occupationnelle** à travers des activités. En effet, E1 dit « *s'attarder sur les activités de la vie quotidienne* » en essayant de faire « *reprendre* » à la personne « *un petit peu des activités en passant par le biais du **chien*** » car « *ça va être beaucoup plus facile de l'accrocher* ». E5 souligne que son accompagnement se base sur ce « *qui a du **sens** pour la personne* ».

Pour finir, **deux ergothérapeutes** indiquent des **difficultés dans la prise en soin**. E1 exprime le fait que si « *la personne a des troubles cognitifs ou est vraiment déboussolée, on va être assez **limité sur la prise en charge*** » et E2 rebondit sur la notion de « confiance » en expliquant que la personne va « *ressentir au début ce **manque de confiance*** ».

2.3. Engagement occupationnel

2.3.1. Identification d'un déficit ou d'un problème d'engagement occupationnel

Résultats :

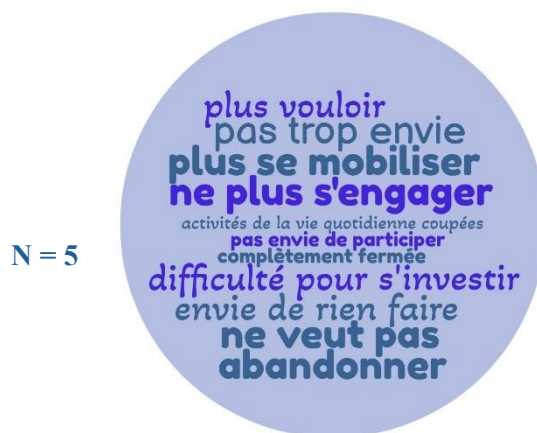


Figure 5 : Nuage de mots du vocabulaire et champ lexical utilisés pour le terme d'engagement occupationnel

Analyse :

Le vocabulaire et le champ lexical en lien avec l'engagement occupationnel ont été utilisés **par tous les ergothérapeutes**. Chaque terme désignant l'engagement occupationnel n'est revenu qu'à **une seule reprise**. On retrouve les verbes suivants : « *s'engager* », « *se mobiliser* », « *vouloir* », « *investir* », « *faire* » et « *participer* ». Ce champ lexical a souvent été précédé d'une **négation** par **tous les ergothérapeutes** montrant un déficit ou un problème concernant l'engagement de la personne âgée souffrant de dépression en EHPAD. E1 souligne que les « *personnes **ne vont plus se mobiliser** [...] dans*

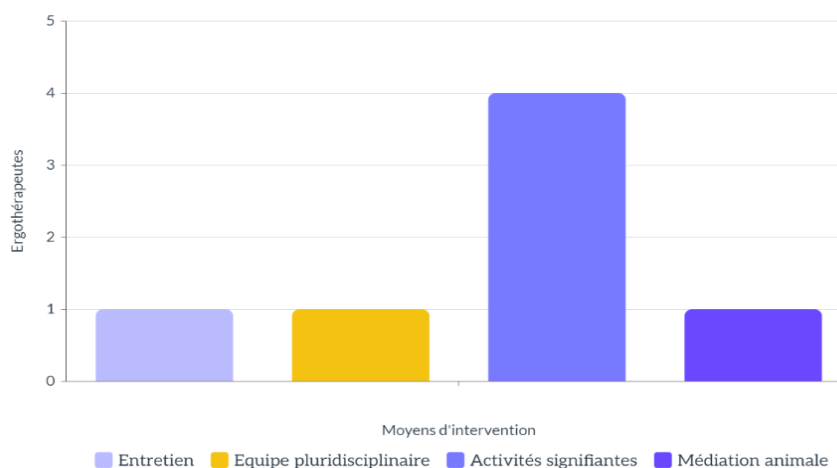
les activités un peu de la vie quotidienne qui vont être coupées » et « elles **vont plus vouloir** les retrouver ». E2 exprime que lorsque « la personne est **complètement fermée** » elle n'a « envie de rien faire » : « **pas envie** de faire des groupes » et « **pas envie** de participer ». E3 indique que ce sont des personnes qui vont avoir « tendance à **abandonner** » « les activités qu'elles avaient de manière habituelle » et à « **ne plus s'engager** ». E4 ajoute la présence de « **difficultés pour s'investir** » et E5 confirme la négation dans les discours des personnes par la « **ne veut pas** ».

2.3.2. Accompagnement de l'engagement occupationnel en ergothérapie

Résultats :

	E1	E2	E3	E4	E5
Individuel			« Séances individuelles » « Entretien individuel »		
Equipe pluridisciplinaire			« Discuter avec les soignants, la psychologue, l'infirmière coordinatrice » « Travail en équipe »		
Activités	« Amener une stimulation » « Chose qui a du sens »	« Repérer la brèche » « Chose qui va animer la personne » « Les animaux » « Transmission de savoir » = « Aider » et « Transmettre » « Transposer en situation réelle »	« Discussion »	« Identifier les activités » « Proposer des choses alternatives »	« Trouver quelque chose qui a du sens »

Tableau 4 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes pour agir sur l'engagement occupationnel des personnes âgées



Graphique 3 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes pour agir sur l'engagement occupationnel des personnes âgées en EHPAD

Analyse :

Tous les ergothérapeutes ont exprimé un accompagnement autour de l'engagement occupationnel auprès de la personne âgée en EHPAD.

Seulement **un ergothérapeute** s'est exprimé sur le mode d'intervention. En effet, E3 passe par le biais de « *séances individuelles* » afin d'agir sur l'engagement occupationnel de la personne. Elle utilise en premier lieu « *l'entretien individuel* » afin de favoriser la « *discussion* » et **intègre la personne** dans sa prise en soin en l'invitant à « *réfléchir ensemble* ». De plus, E3 mentionne un « *travail en équipe* » pluridisciplinaire sur « *la question de l'engagement* », notamment en discutant avec « *les soignants, la psychologue et l'infirmière* ».

Les **quatre autres ergothérapeutes** mentionnent quant à eux une **dimension occupationnelle** comme pour la transition occupationnelle. En effet, E1 et E5 sont en accord sur l'importance de « *trouver quelque chose qui a du sens* » pour la personne. E2 et E4 vont en ce sens mais l'expriment différemment, E2 va « *repérer la brèche et la chose qui va animer la personne* » et E4 va « *identifier les activités qu'elle faisait avant* ». Les deux ergothérapeutes vont également trouver d'autres moyens comme pour E4 qui va « *proposer des choses alternatives* » et E2 qui va utiliser les « *animaux* » afin de « *rappeler des choses* » et « *créer un petit peu d'engagement* ». De plus, E2 essaie de « *transposer en situation réelle* » des « *projets* » favorisant « *l'aide et la transmission de savoir* » de la personne.

2.4. Cynothérapie

2.4.1. Cynothérapie en ergothérapie

Résultats :

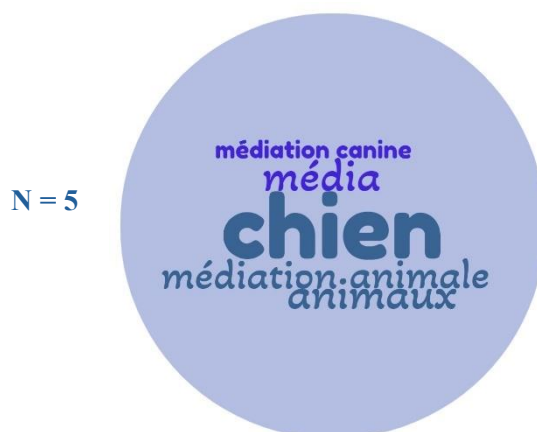
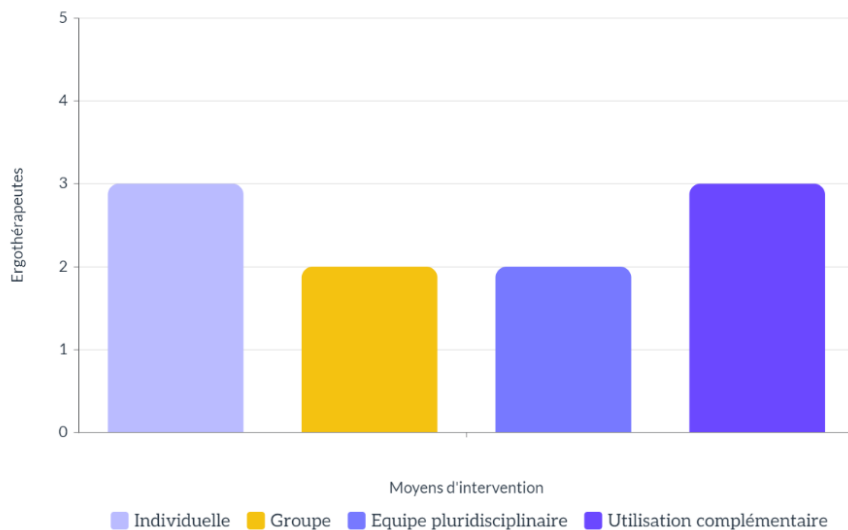


Figure 6 : Nuage de mots du vocabulaire et champ lexical utilisés pour le terme de cynothérapie

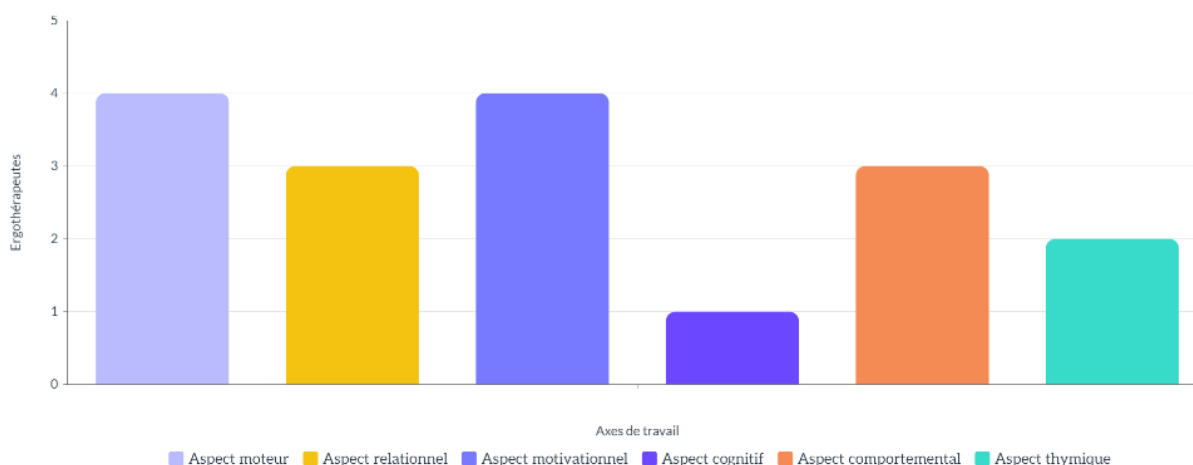
Analyse :

Le vocabulaire et le champ lexical en lien avec la cynothérapie ont été utilisés **par tous les ergothérapeutes**. Le terme qui est revenu à plusieurs reprises est celui du « **chien** » utilisé par tous les ergothérapeutes, mais nous retrouvons également le terme de « **médiation animale** » cité par E1 et E4.

Résultats :



Graphique 4 : Moyens d'intervention de la cynothérapie en ergothérapie auprès des personnes âgées en EHPAD



Graphique 5 : Axes d'intervention en cynothérapie par les ergothérapeutes interrogés auprès des personnes âgées en EHPAD

Analyse :

Tous les ergothérapeutes ont exprimé un accompagnement par le biais de la cynothérapie auprès de la personne âgée en EHPAD.

Trois ergothérapeutes ont indiqué utiliser la cynothérapie comme une médiation « **complémentaire** » à leur pratique initiale en ergothérapie. E1 explique qu'elle peut « *utiliser le chien comme ne pas l'utiliser* », elle l'utilise quand même en « *première intention* » auprès des personnes qu'on lui « indique », notamment lorsque « *l'accompagnement classique ne fonctionne pas* » mais cela reste une « **complémentarité** ». E4 a une utilisation similaire à E1 car elle « *n'intervient pas avec tous les résidents* » mais « *au cas par cas* ». Il ajoute également que « *c'est un complément* », « *c'est un apport mais ça ne reste pas le support principal* ». Ainsi E2, utilise le chien comme un « **outil** » afin d'avoir « *des accroches* ».

Trois ergothérapeutes se sont exprimés sur le mode d'utilisation de la médiation. E3 « *intervient avec le chien [...] plutôt en individuel* » tandis que E4 et E5 interviennent en « **groupes** » et en « **individuel** ». E4 intervient en groupe pour travailler plutôt « **l'aspect moteur** » et en individuel pour travailler autour du « **comportement** ». E5 n'explique pas ses axes de travail mais indique l'importance de travailler en « **pluridisciplinaire** » avec « *la psy ou la psychomot* » car c'est « *plus rassurant, plus cadré et plus facile* » pour elle. E3 exprime elle aussi un **travail en équipe** avec « *le médecin, la psychologue, la psychomot, etc...* » afin d'élaborer « *une liste de certains résidents intéressant à aller voir* » avec le « **chien** ». Pour finir, E2 indique la mise en place d'un « **travail global** » ne permettant pas d'évaluer l'évolution de la personne grâce à l'utilisation de la cynothérapie mais bien parce qu'un « **travail en équipe** » est réalisé.

L'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie présente plusieurs axes d'intervention que **tous les ergothérapeutes** ont décrit. **Quatre ergothérapeutes** sont en accord sur l'axe de travail sollicitant **l'aspect moteur**. En effet, E1 voit l'utilisation de la cynothérapie comme « *une autre manière* » de « **mobiliser** » les personnes. E2 va faire des « **séances de dressage, promenade et équilibre** » avec le « **chien** » ce qui va permettre de « **mobiliser** » les personnes. E4 intègre des « **exercices moteurs et sensitifs** », tout comme E5 qui a pour objectif thérapeutique de « **mobiliser les membres** ». Mais d'autres axes sont travaillés comme **l'aspect comportemental** avec le travail en « **miroir** » par E1 afin de « *traduire après pour eux dans leur quotidien* », « **l'observation du comportement** » par E4 et « **la prise de confiance en soi** » par E5. Pour finir, **l'aspect cognitif** est abordé par E3 qui indique que ça peut « **rappeler des souvenirs** ».

Les ergothérapeutes **ont tous** relevé un lien entre l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie et la dépression. Dans un premier temps concernant **l'aspect relationnel**, E2 peut mieux « **embrayer sur l'entretien** » lorsqu'elle est accompagnée du « **chien** », E4 trouve qu'il « *y a un meilleur accompagnement* », elle peut « **approfondir la relation** » et la personne « *exprime* » plus « *ses* »

émotions », puis E5 l'utilise pour « *créer du lien social* ». De plus, l'utilisation de la cynothérapie va favoriser l'aspect motivationnel et de l'engagement. En effet, E1 remarque que la personne va « *s'engager* », lui procurer « *une motivation extrinsèque* » et ainsi « *retrouver un sens* ». E2 affirme que « *ça débloque des situations* », notamment lorsque la personne était en « *situation d'isolement* » car « *ça fonctionnait pas mal* » et auprès des « *personnes atteintes de dépression* » elle n'a « *pas encore trouvé quelque chose qui fonctionnait aussi bien* » comme E3 qui n'a « *jamais eu le cas de quelqu'un pour qui ça a pu être néfaste* ». E4 qui a pu remarquer qu'une personne « *plutôt apathique retrouve de l'énergie* » et une **source de motivation** à travers le « *chien* » d'autant plus que E5 l'utilise comme « *levier motivationnel* » ce qui motive « *les personnes à participer* ». Enfin, les ergothérapeutes ont remarqué une amélioration concernant l'aspect thymique, comme l'exprime E5 par « *une amélioration de l'humeur* » et E4 par l'impact du « *chien* » qui va « *apaiser* » la personne et avoir un effet « *relaxant* ».

2.4.2. Plus-values de la cynothérapie en ergothérapie

Résultats :



Figure 7 : Nuage de mots décrivant l'intérêt de la cynothérapie en ergothérapie

Analyse :

Tous les ergothérapeutes ont décrit l'intérêt de la cynothérapie en ergothérapie. L'utilisation de cette médiation en ergothérapie permet principalement de favoriser le « *lien social* » et la « *motivation* ». En effet, quatre ergothérapeutes ont souligné l'intérêt de la cynothérapie dans la « *création du lien social* » comme l'exprime E2 et E5. E5 met également en avant la « *création du lien thérapeutique* » qui est en concordance avec E1 qui souligne la présence « *d'interactions* » favorisant la « *relation thérapeutique* » et « *l'alliance thérapeutique* ». E3 trouve quant à elle que « *ça ouvre la discussion* » et permet de rentrer plus facilement en « *communication* ».

Pour finir, **trois ergothérapeutes** mettent en avant un travail autour de la **réminiscence**. En effet, E1 trouve que l'utilisation du « *chien* » fait appel aux « **souvenirs de la personne** », E3 conforte le lien avec la présence de « **souvenirs qui sont normalement bien** » et E4 qui souligne encore une fois le rappel de « **certains souvenirs** » en soulignant qu'il « **va y avoir une réminiscence à ce niveau-là** ».

Résultats :

Les ergothérapeutes ont répondu à la question suivante : « *Selon vous, l'utilisation de la cynothérapie a-t-elle un impact sur l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression ?* » :

E1	« L'utilisation de la thérapie a un impact sur l'engagement occupationnel »
E2	« Oui »
E3	« Il y a un intérêt à l'utilisation du chien dans l'engagement occupationnel »
E4	« La personne va trouver un sens et s'engage beaucoup plus dans ses activités », « Il y a quand même une récupération dans les activités quotidiennes »
E5	« Forcément la personne va s'engager », « aspect motivationnel et puis confiance en soi »

Tableau 5 : Lien entre l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie et l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression

Analyse :

Tous les ergothérapeutes ont **affirmé** que l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie avait un **impact positif sur l'engagement occupationnel** des personnes âgées souffrant de dépression.

2.4.3. Limites de la cynothérapie en ergothérapie

Résultats :



Figure 8 : Nuage de mots des facteurs limitant l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie

Analyse :

Tous les ergothérapeutes ont décrit les limites de l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie. Les limites principales de l'utilisation de cette médiation en ergothérapie concernent la personne elle-même « *le manque d'attrait* », « *la peur* » et les « *allergies* ».

Les ergothérapeutes ont décrit des limites concernant l'animal, l'ergothérapeute et la personne. Concernant l'animal, E2 énonce la possibilité de « *débordements* », E3 insiste sur le fait qu'on « *ne va pas l'utiliser comme un objet, on ne va pas l'utiliser tout le temps* » et E5 précise que c'est « *quelque chose d'hyper fatigant* » pour lui et qu'il « *éponge beaucoup les sentiments* ».

Du point de vue de l'ergothérapeute, E1 souligne qu'il va juste être là en « *soutien* » si la personne ne s'investit pas et E2 précise qu'il faut « *bien éduquer le chien* ». E3 trouve que c'est « *fatigant* » également pour le thérapeute, ce qui est en concordance avec les réponses de E5 qui souligne la **difficulté à « *gérer un chien et un patient* »** ce qui représente « *beaucoup de charge mentale* » et de « *pression* ». E3 reprécise que l'on « *ne peut pas le faire avec tout le monde* » et E4 propose de « *chercher d'autres moyens* » car « *ça reste le thérapeute l'élément principal* ».

Pour finir, comme nous l'avons dit en amont, cette médiation peut présenter des limites envers la personne, notamment si cette dernière n'a « *pas d'attrait* » pour l'animal et/ou ne présente « *pas d'investissement* » comme l'énonce E1, ainsi qu'une « *indifférence* » selon E4. E1 émet également la présence de « *phobies* », E2 et E4 de « *peur* » ou encore selon E5 parce que la personne « *n'aime pas* » les chiens. E1 et E2 énoncent la possibilité de présence « *d'allergies* », E3 de la manifestation « *d'agressivité* » et pour finir E4 par le « *refus* » de la personne et si cette dernière ne veut « *pas du tout s'engager* ».

Discussion

Pour rappel, cette étude a pour problématique de recherche : **De quelle manière la prise en soins ergothérapique peut-elle favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression suite à la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD ?**

Dans cette étude, l'objectif est d'apporter une réponse à l'hypothèse suivante : **La cynothérapie en ergothérapie va permettre de favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression causée par la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD.**

L'analyse des résultats a permis en premier lieu de percevoir une prise en soin de la dépression des personnes âgées en EHPAD selon les ergothérapeutes interrogés. Pour prendre en soin la dépression, il faut dans un premier temps comprendre les causes de cette dernière. Bien que peu d'ergothérapeutes aient apporté une réponse, celle qui revient régulièrement est « *l'isolement social* » et « *l'entrée en*

institution » qui peuvent faire partie d'un ensemble de « pertes successives » (Tayaa et al., 2020). Cette dépression engendre une multitude de symptômes notamment le retrait social évoqué par tous les ergothérapeutes mais également « l'apathie », la « démotivation », la « perte de l'élan vital » (Le Bozec & Bouché, 2020) et des « difficultés » dans la réalisation des soins personnels (Coryell, 2021). Les ergothérapeutes ont donc leur intérêt à travailler autour de la dépression car cela présente une atteinte au niveau des trois domaines du MCREO : la personne, ses occupations et son environnement (ACE, 2002). Cependant, il est intéressant de noter que certains ergothérapeutes accompagnent ces personnes sans que la dépression soit le diagnostic principal alors qu'il est important d'effectuer une prise en soin adaptée afin de favoriser l'engagement de la personne dans ses activités de vie quotidienne (Le Bozec & Bouché, 2020). De plus, tous les ergothérapeutes ont signalé l'importance du travail autour de la relation comme l'expriment Le Bozec & Bouché (2020) par un « travail autour du lien avec autrui ». Ce travail de relation passe principalement par l'équipe pluridisciplinaire lors de l'accompagnement de la personne âgée dans sa prise en soin. Pourtant, très peu d'ergothérapeutes ont évoqué un travail en équipe alors que c'est ce travail qui permet d'avoir une approche « globale » de la personne (Tayaa et al., 2020). Enfin, plus de la moitié des ergothérapeutes interrogés accompagnent la personne âgée souffrant de dépression par le biais d'activités « significatives » et qui ont du « sens » pour elle afin de favoriser également son engagement dans ses activités mais aussi ses relations sociales (Coryell, 2021).

La dépression peut donc être causée par le passage du domicile à l'EHPAD. Ce phénomène est défini par les ergothérapeutes comme un « *changement* », terme qui fait référence à la notion de « transition » par Adler & Castro (2019) défini également comme un « *changement* ». Les personnes âgées en EHPAD sont donc concernées par cette transition mais également par une autre transition se manifestant dans les « *occupations* » selon certains ergothérapeutes. Cette autre notion de transition renvoi à la définition de Blair (2000) qui évoque une « *discontinuité dans la vie d'une personne, entraînant une altération des occupations* ». Enfin, pour permettre d'accompagner les personnes âgées dans la transition occupationnelle, les ergothérapeutes mettent principalement en avant le concept de « relation », puis l'utilisation d'activités qui ont du « sens ». Même si ce concept de « relation » n'a pas été mis en avant dans la phase exploratoire de cette étude, il est mis en avant par Chouinard (2012) qui parle de « soutien social » et émet l'importance de cette relation en regard de la personne, car cela va permettre le maintien de son état de santé et favoriser sa participation et son adaptation.

Le terme de « *participation* » est également évoqué par certains ergothérapeutes lorsqu'ils abordent le concept « d'engagement » comme le fait Meyer (2013, p. 15) en le définissant par « *le sentiment de participer dans une activité ou une occupation* » (Meyer, 2013, p. 15). Cependant, tous les ergothérapeutes ont pu percevoir un déficit d'engagement aussi bien dans les AVQ (se doucher, préparer un repas, réaliser ses loisirs, etc...) que dans les relations sociales chez les personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD. Cela est en accord avec la littérature car il est montré que ces personnes rencontrent des difficultés pour s'engager aussi bien dans l'accomplissement d'une activité ou encore

dans l'entretien de relation sociales (Coryell, 2021). Afin de pallier à ces déficits d'engagement, certains ergothérapeutes ont un accompagnement similaire à la transition occupationnelle en proposant des activités qui ont du « sens » pour la personne. D'autres font comme Adler & Castro (2019), en mobilisant un « système de soutien social » par le biais d'entretien et de discussion, puis certains utilisent comme « média » le « chien » lorsque l'accompagnement standard ne fonctionne pas afin de créer du lien social (Fondation de l'Armée du Salut, 2022).

L'utilisation du « chien » par les ergothérapeutes peut être appelée « cynothérapie » mais les ergothérapeutes interrogés utilisent plutôt le terme de « *médiation animale* » ou « *thérapie assistée par le chien* » qui est la définition même de la cynothérapie (IFZ, 2024). L'utilisation du « chien » est principalement décrite comme un « outil » dans la pratique, une complémentarité à la prise en soin classique en ergothérapie selon les ergothérapeutes. Ils décrivent l'utilisation de cette médiation dans leur pratique à travers trois aspects selon Miller J et al. (2003), l'aspect physique par des exercices moteurs comme la promenade, l'aspect psychologique par la source de motivation et l'aspect cognitif à travers le rappel de souvenirs.

Ainsi, afin de pouvoir apporter une réponse à l'hypothèse nous allons indiquer si les objectifs d'enquête ont été validé ou non. L'objectif numéro un était de déterminer la présence d'un accompagnement en ergothérapie autour de la transition occupationnelle lié à l'entrée en EHPAD des personnes âgées souffrant de dépression. Cet objectif a été validé car tous les ergothérapeutes accompagnent les personnes âgées dans la transition occupationnelle.

L'objectif numéro deux était d'identifier la présence d'un accompagnement en ergothérapie autour de l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD. Cet objectif a été validé car tous les ergothérapeutes accompagnent les personnes âgées souffrant de dépression dans leur engagement occupationnel.

L'objectif numéro trois était de repérer si l'accompagnement de la transition occupationnelle en ergothérapie favorisait l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD. Cet objectif est partiellement validé car aucun ergothérapeute n'a émis de réponse concrète au lien entre l'accompagnement de la transition occupationnelle et l'engagement occupationnel. Cependant, le travail fait par les ergothérapeutes va en ce sens par « l'adaptation » ou encore en intégrant la personne âgée dans son « projet d'accompagnement ».

Pour finir, l'objectif numéro quatre était d'étudier l'impact de l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie dans l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD. Cet objectif a été validé car tous les ergothérapeutes ont indiqué une influence positive à l'utilisation de la cynothérapie sur l'engagement occupationnel. Cependant, il est important de souligner qu'il y a des limites à l'utilisation de cette médiation qui ne permet pas de favoriser l'engagement occupationnel.

La réponse à l'hypothèse ne dépend pas seulement de la réponse aux objectifs mais prend également en compte les biais et limites de cette étude.

Concernant les biais, on constate que le nombre d'ergothérapeutes interrogés ne représente qu'une faible quantité et donc n'est pas représentatif de la pratique de tous les ergothérapeutes en France. A cela s'ajoute, l'hétérogénéité de la population interrogée par le fait des formations en médiation animale différentes ou l'absence de formation. De plus, j'ai rencontré des difficultés dans la méthodologie de travail, notamment lors de la conception du guide d'entretien ce qui a biaisé la passation des entretiens car j'orientais subjectivement certaines questions, je formulais différemment les questions d'un ergothérapeute à un autre ou je pouvais ne pas poser certaines questions qui auraient pu être importantes dans la récolte des données. Pour finir, j'utilisais du « jargon » autour de l'occupation ce qui rendait l'échange avec les ergothérapeutes parfois difficile.

J'ai constaté une limite concernant le développement de cette médiation sur le terrain rendant difficile les recherches dans la littérature ainsi que la démarche de recrutement pour l'enquête.

Cependant, les apports de cette étude se manifestent par la découverte d'une nouvelle perspective de travail et l'apprentissage d'une méthodologie qui nous permet de pousser les recherches scientifiques et développer des connaissances. Enfin, ça m'a permis de m'intéresser à l'apport de cette médiation et y trouver un intérêt d'utilisation pour ma future pratique en ergothérapie.

Au vu des résultats exploités en phase expérimentale ainsi qu'en prenant en considération les limites et biais de cette étude, nous pouvons constater que l'hypothèse n'est que partiellement validée. En effet, l'utilisation de la cynothérapie auprès des personnes âgées souffrant de dépression permet généralement de favoriser leur engagement occupationnel. Cependant, il existe des limites à l'utilisation de cette médiation ne permettant pas de favoriser cet engagement comme la présence de phobies/de peurs, de désintérêt, d'allergies ou encore de troubles de cognitifs importants.

Dans cette étude, les notions de « relation » et de « confiance » sont revenues à plusieurs reprises, aussi bien dans la relation de soins avec la personne que son entourage. En effet, l'environnement socio-familial dans le parcours de soin de la personne a particulièrement attiré mon attention, aussi bien sur l'impact qu'il pouvait avoir sur la confiance de la personne envers les professionnels mais également dans l'adaptation de la personne à son nouvel environnement, son nouveau lieu de vie. Dans un article, Badey-Rodriguez (2008) évoque l'impact que la famille peut avoir sur la personne lors de l'entrée en institution et le travail « difficile » du professionnel dans ce double accompagnement. Cela m'a donc questionné sur l'importance de l'instauration d'une relation de confiance auprès de la personne âgée souffrant de dépression mais également de son entourage dans l'accompagnement du parcours de soin.

Conclusion

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par des émotions négatives. Elle peut s'accompagner d'une multitude de symptômes impactant la qualité de vie de la personne ainsi que ses occupations. Nous nous sommes donc intéressés dans cette étude, à la dépression chez les personnes âgées en EHPAD car c'est la pathologie la plus répandue auprès de cette population. La personne âgée subit un processus appelé le « vieillissement », pouvant entraîner l'apparition de comorbidités affectant le niveau d'indépendance et d'autonomie, rendant difficile le maintien à domicile. Une transition du lieu de vie peut s'effectuer du domicile vers l'EHPAD afin de permettre à la personne de recevoir les aides nécessaires. Ce nouvel environnement va impacter les habitudes de vie de la personne, la contraignant à ne plus pouvoir réaliser certaines occupations. Nous nous sommes donc questionnés sur la problématique suivante : De quelle manière la prise en soins ergothérapique peut-elle favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression suite à la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD ?

L'engagement occupationnel est un concept pouvant être impacté par l'apparition de la dépression mais également de la transition occupationnelle par le changement du lieu de vie. Les personnes âgées souffrantes de dépression sont donc sujets à subir un désengagement dans les occupations. L'ergothérapeute peut donc utiliser comme moyen thérapeutique auprès de ces personnes, la cynothérapie, recommandée pour travailler l'aspect occupationnel. En ce sens, l'hypothèse qui a été établie est la suivante : La cynothérapie en ergothérapie va permettre de favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression causée par la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD.

Les divers entretiens réalisés dans le cadre de cette étude permettent de mettre en avant l'influence positive de l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie sur l'engagement occupationnel de la personne âgée souffrant de dépression en EHPAD. Cependant, cette médiation présente également des limites à son utilisation ne permettant pas de favoriser l'engagement occupationnel de toutes les personnes.

Pour conclure, ce mémoire de recherche a montré que la personne âgée souffrant de dépression n'a pas accès à une prise en soin optimale car celle-ci est sous-diagnostiquée et/ou mal traitée. Pourtant en ergothérapie, la prise en soin de la dépression est importante au vu des 3 domaines d'interventions affectés : la personne, les occupations et l'environnement. Cela m'amène à entrevoir une perspective de travail de recherches concernant cette notion de relation de confiance en ergothérapie. Cette dernière est donc à développer aussi bien dans la collaboration avec l'entourage de la personne âgée souffrant de dépression qu'avec elle-même afin d'améliorer la qualité de prise en soin.

Références

- Abdoul-Carime, S. (31 janvier 2020). Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-tiers-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement-sont-dans-un>
- ACE. (2002). Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie. COAT.
- Adams, J., Hayes, J., Hopson, B., & Robertson, M. (1976). Book Reviews : Transition : Understanding and Managing Personal Change. *The Australian and New Zealand Journal of Sociology* Volume 13, Issue 3, 266.
- Adler, A., & Castro, C. (2019). Transitions : A Theoretical Model for Occupational Health and Wellbeing. *Occupational Health Science*, 3. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00043-3>
- AFTAA. (2024). La Thérapie Assistée par l'Animal—Zoothérapie—Définition. Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal. <https://aftaa.fr/la-therapie/>
- Ameli.fr. (11 décembre 2023). Quelles sont les causes de la fatigue ? <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthenie-fatigue/definition-symptomes-causes>
- Anadón, M., & Savoie-Zajc, L. (2009). L'analyse qualitative des données. 28(1). [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28\(1\)/numero_complet_28\(1\).pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/numero_complet_28(1).pdf)
- ANFE. (2024). Qu'est ce que l'ergothérapie. ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Aquino, J.-P., Gohet, P., & Mounier, C. (11 mars 2013). Comité Avancée en âge, prévention et qualité de vie"—Anticiper pour un | vie-publique.fr. <http://www.vie-publique.fr/rapport/33056-comite-avancee-en-age-prevention-et-qualite-de-vie-anticiper-pour-un>
- Badey-Rodriguez, C. (2005). L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie et société*, 28 / 112(1), 105-114. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0105>
- Badey-Rodriguez, C. (2008). Familles et professionnels en gérontologie : Quelles difficultés ? Quelle place pour chacun ? *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 70-79. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0070>

- Balavoine, A. (12 juillet 2022). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>
- Bastin, C., & Salmon, É. (2020). Anosognosie : Modèles théoriques et pistes de prise en charge. *Revue de neuropsychologie*, 12(1), 26-34. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0535>
- Beiger, F. (2008). Chapitre 3—Le rôle social de l'animal dans notre société humaine. *Enfances*, 21-36.
- Beiger, F., & Dibou, G. (2017). Présentation. *Sante Social*, 23-24.
- Bélair, S. (2017). La médiation animale ou la clinique du lien. *L'école des parents*, Sup. au 623(5), 101-131. <https://doi.org/10.3917/epar.s623.0101>
- Blair. (mai 2000). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *British Journal of Occupational Therapy* Volume 63, Issue 5, 191-242.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'entretien*. Armand Colin.
- Blin-Chevrier, J., Kalfat, H., Regnacq, A., Thomas, E., Basso, G., Grisez, A., Martin, E., & Roux, J. (2022). *Ergothérapie et psychomotricité auprès des personnes âgées*.
- Brabant-Delannoy, L. (2019). Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France. *Constructif*, 53(2), 5-9. <https://doi.org/10.3917/const.053.0005>
- CAIRE, J.-M. (19 octobre 2023). Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. HETSL; Webpublisher. <https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/engagement-occupationnel-construction-historique-et-comprehensions-contemporaines-dun-concept-fondamental/>
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Chouinard, M.-C. (2012). Soutien social. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 285-288). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0285>
- Coryell, W. (août 2021). Présentation des troubles de l'humeur—Troubles mentaux. *Manuels MSD pour le grand public*. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/troubles-de-l-humeur/pr%C3%A9sentation-des-troubles-de-l-humeur>

de Villers, B., & Servais, V. (2016). Chapitre 4. La médiation animale comme dispositif technique. In La médiation (p. 81-102). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.serva.2016.01.0081>

DREES. (2022). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019.

Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriél, G., Tortora, L., Riguet, K., & Guesné, J. (2017). Guide du diagnostic en ergothérapie (De Boeck Supérieur).

Durual, A., & Perrard, P. (2018). Vivre le quotidien en institution. Cliniques, 16(2), 184-197.

Favre-Bonté, J. (2017). Haute Autorité de santé.

Fellegi, I. P. (2003). Méthodes et pratiques d'enquête.

Fenneteau, H. (2015). Enquête : Entretien et questionnaire Ed. 3. Dunod. <https://univ-scholarvox-com.ezproxy.u-pec.fr/book/88828459>

Fondation de l'Armée du Salut. (2022). Médiation animale en EHPAD : avantages et bienfaits | Armée du Salut. <https://www.armedusalut.fr/actions-sociales/dependance/mediation-animale-ehpad>

Gaillard, R., Gourion, D., & Llorca, P. M. (2013). L'anhédonie dans la dépression. L'Encéphale, 39(4), 296-305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.07.001>

Gaspard, C. (28 mai 2020). Étude qualitative et quantitative : Définitions et différences. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative-et-quantitative/>

Gouvernement du Québec. (29 octobre 2018). Troubles de l'humeur. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/troubles-humeur>

Guichardon, M. (2005). Quand l'entrée en ehpad est un choix. Gérontologie et société, 28 / 112(1), 157-162. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0157>

HAS. (2012). Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO). <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf>

HAS. (2014). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge de l'apathie.

IFETOUL. (31 octobre 2022). Le Devenir occupationnel des personnes âgées en EHPAD : Intervention de l'ergothérapie pour prévenir la dépression de nos aînés. ANFE. <https://anfe.fr/le-devenir->

occupationnel-des-personnes-agees-en-ehpad-intervention-de-lergotherapie-pour-prevenir-la-depression-de-nos-aines/

IFZ. (2024). Zoothérapie de A à Z | Institut Français de Zoothérapie.
<https://www.institutfrancaisdezootheapie.com/zootheapie-de-a-a-z-1>

Ined. (novembre 2023). Grand âge et perte d'autonomie—Etats de la recherche. Ined - Institut national d'études démographiques. <https://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/etat-de-la-recherche/grand-age-et-perse-d-autonomie/>

Insee. (2023). Population par sexe et groupe d'âges | Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

Inserm. (6 décembre 2019). Dépression · Inserm, La science pour la santé. Inserm.
<https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. Les Tribunes de la santé, 7(2), 25-35.
<https://doi.org/10.3917/seve.007.35>

kaplan, D. B. (avril 2023). Conséquences des transitions de vie sur les personnes âgées—La santé des personnes âgées. Manuels MSD pour le grand public.
<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/probl%C3%A8mes-sociaux-touchant-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/cons%C3%A9quences-des-transitions-de-vie-sur-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>

Kauffmann, N. L. (2018). Déprivation occupationnelle et santé mentale. Colloque du Réseau occupation humaine et santé (OHS), à Lausanne, Suisse, le 21 juin 2018. Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.126>

Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. Recherches en Sciences de Gestion, 95(2), 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>

Larousse, É. (2024a). Définitions : Incurie - Dictionnaire de français Larousse.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incurie/42456>

Larousse, É. (2024b). Définitions : Transition - Dictionnaire de français Larousse.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transition/79157>

- Lavallart, B., Flouzat, J.-P., & Rocher, P. (2012). Assistant de soins en gériologie. Une spécialité au service des personnes âgées dépendantes et/ou souffrant de la maladie d'Alzheimer. *Gériologie et société*, 35 / 142(3), 31-39. <https://doi.org/10.3917/gs.142.0031>
- Law, M., McColl, M. A., Carswell, A., Pollock, N., Sue, B., & Polatajko, H. (2014). La mesure canadienne du rendement occupationnel (5e éd.). CAOT.
- Le Bozec, M., & Bouché, C. (2020). La dépression de la personne âgée, encore sous-diagnostiquée et sous-traitée. *Actualités Pharmaceutiques*, 59(600), 23-27. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.09.013>
- Lehotkay, R. (2021). Zoothérapie : Le thérapeute fait-il partie du jeu ? *Le Journal des psychologues*, 385(3), 14-19.
- Levasseur, M. (21 décembre 2022). Expertise en ergothérapie : L'importance des compétences, des valeurs professionnelles et de l'éthique. ANFE. <https://anfe.fr/expertise-en-ergotherapie-limportance-des-competences-des-valeurs-professionnelles-et-de-lethique/>
- Manent, M., & Protat, V. (2011). Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : Etat de la connaissance bibliographique et situation en Languedoc Roussillon. https://pos-occitanie.fr/files/pmedia/public/r736_9_rapport_facteur_declenchant_31_mars_2011.pdf
- Meyer, S. (mars 2013). De l'activité à la participation—PDF Free Download. <https://docplayer.fr/48295348-De-l-activite-a-la-participation.html>
- Michalon, J. (2019). Les enjeux sociaux du soin par le contact animalier. *Rhizome*, 72(2), 3-5.
- Miller J, Connor K, Deal B, Duke GW, Stanley-Hermanns M, Varnell G, Hartman K, & McLarty J. (2003). How animal-assisted therapy affects discharge teaching : A pilot study. *Nursing Management*, 36-40. <https://doi.org/10.1097/00152193-200300001-00010>
- Ministère de la Santé. (21 décembre 2021). Personnes âgées : Les chiffres clés. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie.
- Morris, K., Sohler, A., Bellagamba, D., & Cox, D. L. (2018). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. Un article paru en 2017, rédigé par Karen Morris et Diane L. Cox.

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie, 4(2), Article 2.
<https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.109>

- Ninot, G. (8 juillet 2021). Interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer : La Fondation Médéric Alzheimer publie un nouveau guide pratique – SFGG. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). <https://sfgg.org/actualites/interventions-non-medicamenteuses-et-maladie-dalzheimer-la-fondation-mederic-alzheimer-publie-un-nouveau-guide-pratique/>
- OEQ. (1 janvier 2009). L'ergothérapie en santé mentale. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergothérapie-en-santé-mentale.html>
- OMS. (1 octobre 2022). Vieillesse et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS. (31 mars 2023). Principaux repères sur la dépression. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2024a). Dépression. <https://www.who.int/fr/health-topics/depression>
- OMS. (2024b). Vos questions les plus fréquentes. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11—L'analyse thématique. In L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (p. 231-314). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
- Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, 29 / 118(3), 37-54. <https://doi.org/10.3917/gs.118.0037>
- Personnes âgées.gouv.fr. (13 septembre 2023a). Comment le GIR est-il déterminé ? <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>
- Personnes âgées.gouv.fr. (25 octobre 2023b). L'ergothérapeute. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lergotherapeute>

Personnes âgées.gouv.fr. (30 avril 2024). Les EHPAD. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/undefinedvivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

Physiothérapie Universelle. (1 septembre 2016). Qu'est-ce que l'ergothérapie? Physiothérapie Universelle. <https://physiotherapieuniverselle.com/blogue/lergotherapie>

Polatajko, H. J., & Townsend, E. A. (2008). Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base.

Pons Massiera, É., & Bosc, N. (2021). Chapitre 34. L'alliance thérapeutique avec la personne âgée. In L'alliance thérapeutique (p. 217-222). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0217>

Renou, C. (2021). Dépression du sujet âgé : Diagnostic et prise en charge globale chez les psychiatres en France.

Riou, G., & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : De la privation occupationnelle au soin. VST - Vie sociale et traitements, 135(3), 104-110. <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>

Santé Publique France. (30 novembre 2022). Bien vieillir. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>

sante.gouv.fr. (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022.

Saragoni, A. (27 septembre 2015). Quel est le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD.

Service-Public.fr. (1 janvier 2023). Ehpads : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

SFGG. (25 novembre 2019). Le manifeste des gériatres en 15 mesures pour relever le défi de la transition démographique et de la crise des urgences (CNP de Gériatrie) – SFGG. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). <https://sfgg.org/actualites/le-manifeste-des-geriatres-en-15-mesures-pour-relever-le-defi-de-la-transition-demographique-et-de-la-crise-des-urgences-cnp-de-geriatrie/>

sommeil-mg.net. (2024). Échelle de Cornell. <https://sommeil-mg.net/spip/questionnaires/Cornell.pdf>

Steffens, G., & Cadiat, A.-C. (2015). Les objectifs SMART : 5 critères pour des objectifs efficaces. 50 Minutes. <https://univ-scholarvox-com.ezproxy.u-pec.fr/book/88858125>

- Swiss Medical Network. (2024). Cynothérapie (thérapie canine). Swiss Medical Network.
<https://www.swissmedical.net/fr/therapie-canine>
- Tayaa, S., Berrut, G., Seigneurie, A.-S., Hanon, C., Lestrade, N., Limosin, F., & Hoertel, N. (2020). Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé [Diagnosis and management of depression in the elderly].
- Thomas, P., & hazif-thomas, C. (2013). Depression in elderly nursing home. *Revue de Geriatrie*, 38, 207-216.
- Thomas, P., hazif-thomas, C., Clément, J., & Burrough, S. (2008). Yesavage's geriatric depression scale (GDS). *Revue de Geriatrie*, 33, 729-731.
- Tison, P. (2023). 9. Vieillesse normale, pathologique et réussie. In *Psychologie du vieillissement en 40 notions* (p. 45-47). Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-du-vieillessement-en-40-notions--9782100854837-p-45.htm>
- Tonna, S. (2017). Évaluation et intervention non médicamenteuse auprès de personnes âgées dépendantes. *Le Journal des psychologues*, 344(2), 57-61.
<https://doi.org/10.3917/jdp.344.0057>
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being* (2nd éd.). CAOT.
- Townsend, E., Polatajko, H., & Craik, J. (2008). Faciliter l'occupation, l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. CAOT.
- Tsatsi, I., & Plastow, N. (2021). Optimizing a Halfway House to Meet Mental Health Care Users' Occupational Needs : Optimisation d'une maison de transition pour répondre aux besoins occupationnels des usagers des soins de santé mentale. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88, 000841742110448. <https://doi.org/10.1177/00084174211044896>
- Vie publique. (10 mars 2022). Ehpad : Un nouveau modèle de prise en charge médicale à développer | [vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr/en-bref/284304-ehpad-un-nouveau-modele-de-prise-en-charge-medicale-developper) <http://www.vie-publique.fr/en-bref/284304-ehpad-un-nouveau-modele-de-prise-en-charge-medicale-developper>

Vie-publique. (6 février 2020). Ehpad : Un tiers des seniors en détresse psychologique | vie-publique.fr.
<http://www.vie-publique.fr/en-bref/273091-ehpad-un-tiers-des-seniors-en-detresse-psychologique>

Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 19(109), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>

Walker-Jones, C., Hurd, C., MacLachlan, J., Dickson, P., Etcheverry, E., Gillespie, H., Germani, T., Mulholland, S., Noble, N., Cramm, H., Hobson, S., Mazhar, S., Jull, J., Gerlach, A., & Bressler, S. (2013). Interaction humain-animal en ergothérapie. 16, 16-18.

Wilcock, A. (1998). Réflexions sur agir, être et devenir. Revue canadienne d'ergothérapie, 65, 248-256.

Table des figures

Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).....	15
Figure 2 : Diagramme de flux retraçant la démarche de recrutement des ergothérapeutes.....	27
Figure 3 : Nuage de mots désignant l'impact de la dépression sur la personne âgée.....	32
Figure 4 : Nuage de mots du vocabulaire et champ lexical utilisés pour le terme de transition occupationnelle.....	36
Figure 5 : Nuage de mots du vocabulaire et champ lexical utilisés pour le terme d'engagement occupationnel.....	39
Figure 6 : Nuage de mots du vocabulaire et champ lexical utilisés pour le terme de cynothérapie....	41
Figure 7 : Nuage de mots décrivant l'intérêt de la cynothérapie en ergothérapie.....	44
Figure 8 : Nuage de mots des facteurs limitant l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie.....	45

Table des tableaux

Tableau 1 : Présentation des ergothérapeutes interrogés.....	29
Tableau 2 : Lien entre la transition occupationnelle et la dépression des personnes âgées.....	36
Tableau 3 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes pour agir sur la transition occupationnelle des personnes âgées.....	37
Tableau 4 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes pour agir sur l'engagement occupationnel des personnes âgées.....	40
Tableau 5 : Lien entre l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie et l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression	45

Table des graphiques

Graphique 1 : Modes d'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD.....	33
Graphique 2 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD.....	34
Graphique 3 : Moyens d'intervention des ergothérapeutes pour agir sur l'engagement occupationnel des personnes âgées en EHPAD.....	40
Graphique 4 : Moyens d'intervention de la cynothérapie en ergothérapie auprès des personnes âgées en EHPAD.....	42
Graphique 5 : Axes d'intervention en cynothérapie par les ergothérapeutes interrogés auprès des personnes âgées en EHPAD.....	42

ANNEXES

ANNEXE I – MMSE.....	I
ANNEXE II – Echelle de Cornell.....	II
ANNEXE III - Geriatric Depression Scale.....	III
ANNEXE IV – Guide d’entretien.....	IV
ANNEXE V – Retranscription de l’entretien.....	VIII
ANNEXE VI – Grille d’analyse.....	XIX

ANNEXE I – MMSE

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ? ☐
2. En quelle saison ? ☐
3. En quel mois ? ☐
4. Quel jour du mois ? ☐
5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? ☐
(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? ☐
9. Dans quelle région est situé ce département ? ☐
10. À quel étage sommes-nous ici ? ☐

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare ☐
12. Fleur ☐
13. Porte ☐

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 ☐
15. 86 ☐
16. 79 ☐
17. 72 ☐
18. 65 ☐

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare ☐
20. Fleur ☐
21. Porte ☐

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ? ☐
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ? ☐
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et" ☐
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
Prenez cette feuille de papier avec la main droite ☐
26. Pliez-la en deux ☐
27. Et jetez-la par terre ☐
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

"Fermez les yeux" et dire au sujet : Faites ce qui est écrit ☐

29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens. ☐

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"Voulez-vous recopier ce dessin ?" ☐

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

(HAS, 2012)

ANNEXE II – Echelle de Cornell

Échelle de Cornell

(Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.)

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.

L'examineur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Prénom :	Nom :	Date de naissance:
Date du test : Nom et status de l'accompagnant		

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer 0 = absent 1 = modéré ou intermittent 2 = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis | a | 0 | 1 | 2 |
| 2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement | a | 0 | 1 | 2 |
| 3. Absence de réaction aux événements agréables | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante | a | 0 | 1 | 2 |

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux | a | 0 | 1 | 2 |
| 6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. Nombreuses plaintes somatiques
(coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs) | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter
seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois) | a | 0 | 1 | 2 |

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude | a | 0 | 1 | 2 |
| 10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois) | a | 0 | 1 | 2 |
| 11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une
activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement,
c'est-à-dire il y a moins d'un mois) | a | 0 | 1 | 2 |

D. FONCTIONS CYCLIQUES

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin | a | 0 | 1 | 2 |
| 13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude | a | 0 | 1 | 2 |
| 14. Réveils nocturnes fréquents | a | 0 | 1 | 2 |
| 15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude | a | 0 | 1 | 2 |

E. TROUBLES IDÉATOIRES:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir | a | 0 | 1 | 2 |
| 17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi,
sentiment d'échec | a | 0 | 1 | 2 |
| 18. Pessimisme, anticipation du pire | a | 0 | 1 | 2 |
| 19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté,
de maladie ou de perte | a | 0 | 1 | 2 |

TOTAL : sur 38 Nombre de a :

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.

(sommeil-mg.net, 2024)

ANNEXE III - Geriatric Depression Scale

L'échelle de dépression gériatrique (GDS) de Yesavage

1. Globalement, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non ⁽¹⁾
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux domaines d'intérêts ?	oui ⁽¹⁾	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui ⁽¹⁾	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui ⁽¹⁾	non
5. Avez-vous espoir dans l'avenir ?	oui	non ⁽¹⁾
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui ⁽¹⁾	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non ⁽¹⁾
8. Avez-vous peur qu'un malheur puisse vous arriver ?	oui ⁽¹⁾	non
9. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	oui	non ⁽¹⁾
10. Vous sentez-vous souvent désespéré(e) ?	oui ⁽¹⁾	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et incapable de tenir en place(e) ?	oui ⁽¹⁾	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose de nouveau ?	oui ⁽¹⁾	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui ⁽¹⁾	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui ⁽¹⁾	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non ⁽¹⁾
16. Vous sentez-vous souvent abattu(e) et triste ?	oui ⁽¹⁾	non
17. Avez-vous le sentiment que votre vie actuelle n'en vaut pas la peine ?	oui ⁽¹⁾	non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui ⁽¹⁾	non
19. Trouvez-vous la vie passionnante ?	oui	non ⁽¹⁾
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui ⁽¹⁾	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non ⁽¹⁾
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui ⁽¹⁾	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont mieux loti que vous ?	oui ⁽¹⁾	non
24. Êtes-vous facilement contrarié(e) par les moindres choses ?	oui ⁽¹⁾	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui ⁽¹⁾	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui ⁽¹⁾	non
27. Vous levez-vous le matin avec plaisir ?	oui	non ⁽¹⁾
28. Préférez-vous éviter les rassemblements avec les gens ?	oui ⁽¹⁾	non
29. Vous est-il facile de faire des choix ?	oui	non ⁽¹⁾
30. Votre esprit est-il aussi clair qu'avant ?	oui	non ⁽¹⁾

Forme à 30 items ; d'après ^{(1) et (2)}.

Tableau 1 : Echelle de dépression gériatrique de Yesavage.

Table 1: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

(Thomas et al., 2008)

ANNEXE IV – Guide d’entretien

Questions	Critères d’évaluations	Questions de relances
Le parcours professionnel		
Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	Les enquêtés expriment le fait qu’ils travaillent, ou ont déjà travaillé, avec des personnes âgées souffrant en EHPAD. Ils énumèrent des observations et des actions spécifiques à cette population.	Depuis quand êtes-vous diplômés ? Quelles formations initiales avez-vous suivies ? Avez-vous fait d’autres formations ? Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ? Et depuis combien de temps ? Quel type de population avez-vous rencontré ?
La dépression des personnes âgées		
Au cours de votre pratique, êtes-vous déjà intervenu auprès de personnes âgées souffrant de dépression ? Si oui, comment s’est organisée cette intervention ? Si non, il y a-t-il une raison à cela ? Quelles problématiques rencontrent les personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD ?	Les enquêtés expriment le fait qu’ils travaillent, ou ont déjà travaillé, avec des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD. Les enquêtés énumèrent des observations et des actions spécifiques à cette population. Présence d’un champ lexical se rapportant à la dépression, <i>exemples : apathie, asthénie, déprime, isolement.</i>	Quel type d’intervention était-ce ? Etaient-ce des prises en soins individuels ou en groupe ? Comment s’organise votre évaluation ? Quels outils utilisez-vous ? Quels sont vos axes d’intervention ?

		Pensez-vous qu'une intervention auprès de cette population serait pertinente ? Comment voyez-vous cette intervention ?
La transition occupationnelle		
Des retentissements sur la transition occupationnelle liée à l'entrée en EHPAD ont-ils été observé concernant l'apparition ou la dégradation de dépression chez les résidents ? Intervenez-vous sur la question de la transition occupationnelle auprès de cette population ? Si oui, comment ? Si non, pouvez-vous m'expliquer la raison ?	Présence d'un champ lexical se rapportant à la transition occupationnelle, <i>exemples : changement du lieu de vie ou des occupations, passage d'une routine quotidienne à une autre, modification des occupations.</i> Les enquêtés énoncent des outils ou des moyens mis en place afin de travailler l'axe de la transition occupationnelle.	Quels étaient les conséquences de la transition occupationnelle que vous avez pu observer ? Quel était le ressenti du résident face à cela ? Pouvez-vous m'expliquer comment vous accompagnez la transition occupationnelle des personnes âgées souffrant de dépression ? Quels sont les moyens ou les outils mis en place ? Quel est la pertinence à travailler sur la transition occupationnelle ? Travaillez-vous cela avec tous les résidents souffrant de dépression ?
L'engagement occupationnel		
Avez-vous observé des retentissements de la dépression sur l'engagement occupationnel des résidents ?	Présence d'un champ lexical se rapportant à l'engagement occupationnel, <i>exemples : niveau d'investissement dans une occupation, volontaire / en</i>	Quels étaient les conséquences que vous avez pu observer ?

Intervenez-vous sur la question de l'engagement occupationnel auprès de cette population ? Si oui, comment ? Si non, pouvez-vous m'expliquer la raison ?	<i>accord / participe ou non à la réalisation d'une occupation.</i> Les enquêtés énoncent des outils ou des moyens mis en place afin de travailler l'axe de l'engagement occupationnel. Les enquêtés énoncent une influence de l'accompagnement en ergothérapie de la transition occupationnelle sur l'engagement occupationnel.	A quel niveau se situait l'impact sur l'engagement occupationnel ? Comment cela se traduit ? Quel était le ressenti du résident face à cela ? Pouvez-vous m'expliquer comment vous favorisez l'engagement occupationnel auprès des personnes âgées souffrant de dépression ? Comment évaluez-vous l'engagement occupationnel ? Quels sont les moyens ou les outils mis en place ? Quel est la pertinence à travailler sur l'engagement occupationnel ? Travaillez-vous cela avec tous les résidents souffrant de dépression ?
La cynothérapie		
Dans quel cadre utilisez-vous la cynothérapie dans votre pratique ergothérapique ? Que pensez-vous de l'utilisation de la cynothérapie	Les enquêtés énoncent l'intérêt de l'utilisation de la cynothérapie sur l'engagement occupationnel. Présence d'un champ lexical se rapportant à la cynothérapie,	Avez-vous utilisé d'autres moyens ? Avez-vous observé une évolution suite à ce travail ?

auprès des personnes âgées souffrant de dépression ? Selon vous, l'utilisation de la cynothérapie a-t-elle un impact sur l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression ? Si oui, Quel est, selon vous, l'intérêt de travailler sur cet axe ? Si vous ne trouvez pas de pertinence à travailler sur l'engagement occupationnel / la cynothérapie, pouvez-vous m'expliquer pourquoi ? Quels sont, selon vous, les points forts et les points faibles de cette médiation ?	<i>exemples : thérapie avec le chien, médiation animale avec le chien, thérapie assistée par le chien, zoothérapie</i> Présence dans le discours des enquêtés de l'observation d'une influence de l'utilisation de la cynothérapie sur l'engagement occupationnel.	Qu'est-ce que vous pensez de cette médiation ? Comment et dans quel cadre utilisez-vous ce moyen ? Si vous connaissez ce moyen mais que vous ne l'utilisez pas auprès de personnes âgées souffrant de dépression, quelle en est la raison ? Quels sont les effets de la cynothérapie ? Pensez-vous que la cynothérapie peut être utile auprès des résidents souffrant de dépression ?
Ouverture (question complémentaire de clôture)		
L'entretien est à présent terminé. Souhaitez-vous ajouter des éléments ou avez-vous des remarques ?		

ANNEXE V – Retranscription de l’entretien

Maeva De Groote (M) : Normalement, c'est bon ça enregistre. Alors, dans un premier temps, est-ce que vous voulez que je vous rappelle quand même le thème du mémoire ?

Ergothérapeute (E) : Oui, allez-y.

M : Ok, alors c'est entre domicile et EHPAD, l'importance d'une prise en soin ergothérapique dans l'engagement occupationnelle des personnes âgées souffrant de dépression.

E : Ok

M : Donc si c'est bon pour vous, je peux commencer avec les questions.

E : Pas de souci.

M : Du coup, j'aimerais que vous me décriviez votre parcours professionnel, comment vous en êtes arrivé là ?

E : Ok alors bah déjà j'ai été diplômée il y a deux ans. Donc j'ai été diplômée de l'IFE de Montpellier et j'ai directement pris ce poste. Donc c'était une création de poste en EHPAD, en fait c'est deux EHPAD qui ont été rachetés par le même groupe. Donc je suis à cinquante cinquante sur les 2 EHPAD et donc j'ai un côté je suis à 50% pour 95 résidents. Et de l'autre, je suis à 50% pour 75 résidents.

M : D'accord

E : Voilà, donc création de poste. Donc il n'y avait jamais eu d'ergo, il ne savait pas trop ce que c'était l'ergothérapie. Donc euh... un bon moment de formation et de suivi des équipes pour faire connaître notre métier, un petit peu ce que je faisais et puis, ensuite tout s'est installé. On a pu monter pas mal de projets et euh là ça... Tout roule, ça fait deux ans donc voilà.

M : Ok. Vous avez suivi d'autres formations ? Hors la... la formation initiale d'ergothérapie ?

E : Euh... Non.

M : Ok. Du coup, quel type de population vous rencontrez à l'EHPAD ?

E : Alors du coup, je vais faire EHPAD après EHPAD vu qu'il y en a deux.

M : Pas de soucis.

E : Sur un EHPAD, du coup, celui de 95 résidents, on a une unité fermée, une unité euh de type Alzheimer du coup, de 25 lits. Humm, Ensuite, euh... Pour tout ce qui est du reste de la population, enfaite, nous on... on met les personnes en unités protégées hum... Dès lors qu'on décèle un danger

pour elle ou un risque de sortie inopinée ou des choses comme ça, donc on a aussi des personnes atteintes d'Alzheimer qui sont hors unité protégée.

M : D'accord...

E : Hum... Au niveau des... des profils ensuite, on a, on a de tout, euh... personnes âgées en situation de dépendance, mais de GIR 1 à GIR 5. Hum... On a pas mal de... de personnes qui rentrent sur notre établissement suite à des multi chutes à domicile.

M : Ok...

E : Bon, la plupart du temps, c'est... chute à domicile, euh.... pathologie chronique ou euh... début de problème cognitif, en gros.

M : D'accord...

E : Sur l'autre structure, on a un fonctionnement un peu différent parce qu'on a sur la structure de 75 lits, on a une unité protégée de 11 lits, donc qui est très petite et très contenante parce que pour 11 lits on a 3 soignants, donc c'est... c'est vraiment bien, et on a aussi un étage qui n'est pas une unité protégée mais un étage un peu plus protégé. Donc en fait, hum... il y a un ascenseur, le code est écrit dessus, mais euh... bon on a certains résidents malheureusement avec les comptes cognitifs qui ne vont pas forcément arriver à trouver le code donc ce n'est pas réellement une... une unité protégée à proprement parler, mais il y a une sorte de de protection et de surveillance accrue aussi sur euh... sur l'étage.

M : D'accord, et du coup, au cours de votre pratique, vous êtes déjà intervenu auprès de personnes âgées qui souffraient de dépression ?

E : Oui, ça arrive souvent, malheureusement.

M : Mmh... euh... vous saviez c'était dû à quoi l'apparition de la dépression ?

E : Hum... je pense qu'elle est, elle est multiple. On a des personnes qui ont des dépressions chroniques et qui... qui ont... ça fait plusieurs années. Hum... je pense qu'il y a pas mal de personnes qui, qui ont des dépressions liées à la solitude aussi à domicile, parce que ça va aussi impacter l'entrée en EHPAD. Des fois, on a des personnes qui rentrent, qui ont... qui sont en situation de dépendance très faible. On a des... des GIR 5, des personnes... mais par contre à domicile, elles sont seules et c'est vrai que le passage d'une aide à domicile 1 h par jour, ça ne suffit pas. Donc il y a... il y a ce type de dépression. Il y a pour moi, il y a la dépression liée à la transition occupationnelle donc vraiment à... à l'entrée en EHPAD, au changement de rythme, au changement de de rôle social, aux habitudes de vie. Après, oui... on a des... des personnes qui déclarent des dépressions après leur entrée en EHPAD. Souvent ça... c'est lié à un syndrome de glissement, ça, ça arrive...

M : Ok

E : Mais euh... Il y a vraiment, je trouve qu'il y a plein, plein de types de dépressions, mais c'est vrai que je n'ai pas de statistiques, mais malheureusement c'est quand même assez fréquent chez la personne âgée en institution.

M : D'accord et du coup, votre intervention auprès de ces personnes âgées qui souffraient de dépression, elle s'est organisée comment ?

E : Alors, c'est là où... Beh déjà, je trouve que c'est vraiment une euh... une intervention pluridisciplinaire qui est importante.

M : Ouai...

E : Nous, on essaie vraiment de mettre toutes les chances de notre côté pour accompagner la personne, notamment dans la... la transition occupationnelle. C'est à dire que quand elle va arriver, déjà on va tous euh... bah aller la voir à des moments différents bien sûr, pour pas la... la surcharger émotionnellement, mais il va y avoir l'animatrice, l'ergo, la Psy, les Kinés, les soignants etc... on va faire chacun un petit peu notre euh... notre parcours. On a un parcours qui est assez bien organisé et ça généralement ça aide la personne à se repérer. On a aussi un système de référents qui est mis en place. Donc c'est en gros on va être hum... l'interlocuteur privilégié d'une personne en EHPAD. Par exemple, moi je suis référente de 2 résidents, et quand ils sont rentrés, je suis allé les voir pour faire connaissance, purement euh... pas forcément dans mon rôle d'ergo mais pour faire connaissance. La dame, elle m'a dit, « Voilà, moi, ce que j'adore, c'est les pains aux raisins ». Beh moi je suis référente, le lendemain matin, je vais aller à la boulangerie lui acheter un pain au raisin quoi. Et du coup, On essaie de... d'accompagner la personne et de faire en sorte qu'elle se sente le mieux possible dans... dans l'institution et... et l'entrée quoi.

M : Ok. C'est hyper intéressant en tout cas. Hum... et du coup, vous... vous faites plutôt des prises en soins individuelle ou de groupe, auprès des personnes âgées qui souffrent de dépression ?

E : Hum... moi en tant qu'ergo, je vais faire un petit peu des 2. Hum... pour la personne, je vais essayer de coller le plus à ses besoins. Généralement, les personnes un petit peu déprimés, elles n'ont pas trop envie de faire des groupes.

M : Ouai...

E : Généralement les personnes âgées n'ont pas trop envie de... enfin quand elles sont déprimées de... d'intégrer des groupes. Donc je vais avoir plus un moment en individuel, où je vais apprendre à connaître la personne et l'accompagner vers une reprise des activités significantes en fait.

M : Ok...

E : Et généralement l'intégration dans des groupes ça se fait par la suite.

M : Ok... ouai enfaite c'est progressif. Au début, vous faites en accompagnement individuel, puis progressivement l'intégration sociale avec euh... avec les groupes.

E : C'est ça !

M : Ok, hum... du coup comment vous organisez l'évaluation euh... à l'entrée d'un résident ?

E : Alors moi en tant qu'ergo, je vais aller voir le résident, je vais faire connaissance, je vais faire un... un entretien d'entrée en ergothérapie et je vais essayer avec lui de... déceler des besoins, des difficultés dans la vie quotidienne, des envies, un manque d'activité, et ensuite je vais... cibler avec la personne des objectifs ergo. Toujours atteignable parce que 50%, c'est un petit peu compliqué. Je vais essayer de cibler euh... vraiment une ou deux choses avec lui, sur lesquels je vais pouvoir l'accompagner, mettre en place un suivi et euh... je n'hésite pas à réorienter aussi. Par exemple, quand on parlait de dépression, quand je vois que les symptômes dépressifs sont trop importants, peut-être que je vais laisser place déjà à une prise en charge psychologique ou alors travailler en partenariat avec la psychologue, ou faire quelque chose d'assez concomitant pour euh... ensuite aboutir à une reprise des activités. J'ai des dames, elles me disent euh... qu'elles veulent reprendre, je ne sais pas le crochet, mais peut-être que pour l'instant ce n'est pas possible parce qu'elles sont dans une... dans une telle apathie en fait, que on va pas réussir à faire quelque chose avec elles.

M : Ok...

E : Il y a aussi un... un discours qui est très fréquent et je ne m'attendais pas forcément à ça quand j'ai commencé à travailler en EHPAD, mais typiquement... typiquement c'est le genre de discours où le... la personne va nous dire « bah moi j'ai envie de rien faire en fait », « je n'ai pas envie d'être là », « je n'ai pas envie de participer ». Et hum... ça du coup en tant qu'ergo, on se retrouve assez rapidement dans l'impasse parce que bah la personne elle est complètement fermée donc euh... pour une prise en charge, c'est un petit peu compliqué.

M : Mmh.. Et du coup pour euh... pour pallier un peu à ces refus ou... ou ces situations-là, vous avez trouvé des moyens, des outils à mettre en place ?

E : Alors moi, je sors mon arme secrète, je viens de travailler avec mon chien (Rire)

M : (Rire) Ok.

E : Et euh... moi généralement je tâte un petit peu le terrain, voir si les résidents aiment les animaux et tout. Euh... faut savoir que sur nos 2 EHPAD, on a beaucoup, beaucoup de chats. On a 10 chats par EHPAD.

M : D'accord...

E : Donc déjà tous ceux qui aiment les chats, je fais en sorte de faire les entretiens avec les chats, je les fais venir dans mon bureau et tout. Et après euh... ouais mais mon arme secrète c'est, c'est mon chien. J'ai un... j'ai un jeune Labrador et en fait ça débloque des situations où le résident il veut pas parler, il est pas content, il veut pas participer, en fait je suis là et j'amène mon chien et puis il commence à se débloquer : « Oh moi aussi j'ai eu des chiens dans mon enfance », après je peux embrayer sur l'entretien, sur euh... les activités, sur euh... si je veux évaluer la marche, je vais dire : « ça vous dit pas d'aller promener mon chien avec moi là ? il faut qu'on y aille, on va faire un petit tour » ou des fois, c'est déjà arrivé qu'on est un résident qui... qui soit en situation de beh... qui était en dépression ou en situation d'isolement très importante, Il souhaitait jamais descendre pour manger au restaurant de l'EHPAD. Et puis, j'ai... j'ai commencé à comprendre qu'il adorait les chiens, et du coup euh... j'allais le chercher avec mon chien pour le faire descendre à 12h00 pour le repas. Un peu sous prétexte de « bah on va promener le chien, on va le... on va le, le descendre et puis euh... ça fonctionnait pas mal.

M : Ok...

E : Après il y a... la famille qui peut être aidante

M : Mmh...

E : Des fois, quand on n'arrive pas à prendre en soin des personnes, notamment pour la toilette, c'est très fréquent. Hum... la famille peut intervenir, souvent les enfants ils sont assez convaincants auprès de leurs parents donc quand ils sont bienveillants bien sûr. Hum... ça et puis euh... après, trouver vraiment une activité ciblée, quelque chose qui est très, très signifiant pour eux, bah... ça peut marcher aussi, mais ça, ça... ça nécessite une... une ouverture déjà de la part du résident et c'est vrai que généralement, l'entrée en institution, selon la manière dont ça a été fait, ça peut être très violent. Hum... On n'en parle pas assez du fait qu'on ait beaucoup de résidents qui arrivent et qui croient qu'ils sont chez le dentiste ou on leur a dit qu'ils allaient passer des examens pour la journée et qu'ils ne restaient pas. Enfin... ça peut être très violent et du coup on peut comprendre qu'ils n'aient pas envie de nous parler à ce moment-là.

M : Ouais, ouais... Ok, donc ça c'est un peu l'impact que vous avez observé de la transition occupationnelle finalement suite à l'entrée à l'EHPAD ?

E : Beh, généralement ça... ça s'accompagne vraiment dans tous les cas même si des fois on ne parle pas de dépression, que ça va pas jusque-là, ça s'accompagne très fréquemment d'une période d'apathie ou alors de l'augmentation de des troubles anxieux, vraiment. Et du coup, notre rôle... je trouve que tous les soignants et l'ergo plus particulièrement, parce que beh, c'est le spécialiste de... de l'occupation, des activités signifiantes et vraiment, notre rôle, c'est de mettre la personne à l'aise et dans un second temps, de l'aider à retrouver un rôle social qui va être différent du coup en institution de... à la maison.

M : Mmh...

E : Et euh... et du coup, qu'ensuite elle, elle trouve son emploi du temps, ses activités, qu'elles ne soient pas en situation d'isolement la journée, etc...

M : **Ok. Donc, est-ce que pour vous, dans votre pratique ergothérapique, vous intervenez directement sur la transition occupationnelle ?**

E : Oui. Beh pour moi le... c'est le rôle propre de l'ergothérapeute. Et je trouve que c'est d'ailleurs la plus-value que l'ergothérapeute peut apporter en EHPAD. C'est vraiment d'accompagner cette transition occupationnelle. Et euh... ce que je trouve important de préciser, on l'oublie souvent, c'est que cette transition occupationnelle, elle est présente aussi chez l'aidant principal. On a des personnes âgées à domicile qui ont... bah un aidant principal, généralement c'est un enfant. Et en fait, quand leur parent il va rentrer en EHPAD, la transition, elle est aussi violente chez le résident que chez l'enfant. Et Mmh... nous, ça se manifeste souvent par des conflits avec les enfants, qui vont être hum... bon déjà l'EHPAD a mauvaise réputation en 2024, mais en plus, on va avoir des enfants qui vont être très méfiants, très tatillons, etc... Et en fait, c'est... enfin, on en parle souvent avec les psychologues, mais... c'est probablement parce que eux, ils se retrouvent d'aidant à euh... bah en fait ils redeviennent juste l'enfant de la personne et ils ont plus vraiment cet accompagnement à assumer. Et du coup, c'est... dans la plupart des cas, ça reste difficile à accepter en fait pour euh... pour la famille ou l'enfant en question. Donc notre rôle c'est aussi d'accompagner les familles dans cette transition, il y a une double transition quand on a un résident qui rentre.

M : **Ok... et euh... oui, donc du coup il y a un accompagnement de la personne et de sa famille. Et vous avez pu remarquer du coup un impact justement de... de cette difficulté d'acceptation chez la famille sur le... le résident ?**

E : Ah oui, totalement. En fait, nous on... tout à l'heure je disais notre but, c'est vraiment de mettre la personne en confiance, de faire que ça se passe du mieux possible parce que rentrer en EHPAD ce n'est jamais agréable pour personne. Et puis vraiment les personnes ne sont pas... ravies, donc en fait la condition pour que les personnes acceptent notre aide et retrouvent un rôle et... et que leur transition se passe bien, c'est la confiance. Et en fait, on se rend compte que cette transition occupationnelle de l'aidant généralement elle impacte sur la confiance de la famille envers nous et du coup la confiance du résident envers nous. Forcément, si l'enfant il a du mal à accepter son nouveau rôle et tout, c'est... c'est quelque chose de très concret. Généralement, il va facilement hum... comment dire... facilement être critique vis-à-vis du personnel soignant parce que forcément, lui à la maison, c'est lui qui le faisait, c'est lui qui connaît le mieux son parent, donc il, il faisait bien ce qu'il faisait. Donc, il va avoir un avis plus critique envers nous, il va peut-être être un peu directif sur certains actes, etc... donc forcément la personne âgée qui est au milieu de tout ça, trouble cognitif, pas de trouble cognitif, elle va ressentir au début ce, ce manque de confiance ou... voilà. Et là ça peut... c'est là... où on peut rater un petit peu le coche de l'alliance thérapeutique et enchaîner sur... sur le travail derrière.

M : Mmh, donc si je comprends bien, il y a quand même une... une importance de travail autant en équipe pluripro, qu'avec la famille, qu'avec le résident ?

E : Avec la famille, avec la famille. Enfin, quand il y a des familles bien sûr. Mais avec la famille, c'est euh... en fait nous, on a un petit peu changé notre stratégie récemment, c'est que on a... tout à l'heure on parlait de projet d'accompagnement personnalisé. Je ne sais pas si vous savez exactement ce que c'est ?

M : Oui, oui, oui

E : Donc en fait, on les renouvelle tous les 6 mois et en fait là, on a changé la stratégie avec une implication constante de la famille dans ses projets d'accompagnement.

M : Ok...

E : En fait, on les a beaucoup plus intégrées. Quand les résidents arrivent, on leur demande bien sûr un consentement s'ils sont d'accord pour que leur famille participe au projet. Mais ensuite, on les a beaucoup plus intégrés qu'avant, dès qu'on va sur l'extérieur, dès qu'on fait des soirées à l'EHPAD etc... on intègre directement les familles. Du coup, ça crée un peu plus de confiance à l'entrée d'un résident. Un mois après, quand tout le monde a fait ses évaluations et tout, on se réunit direct avec la famille et le résident, avec tout le monde, pour euh... en gros être transparent, mettre tout le monde d'accord et ça facilite un petit peu du coup... les... la double transition occupationnelle.

M : Mmmh ok et donc du coup, enfin, on l'a un peu abordé tout à l'heure, mais il y a aussi un lien entre cette transition et l'engagement de la personne dans ses activités significatives ?

E : Bien sûr !

M : Du coup, vous, à partir du moment où vous avez observé un peu cette rupture occupationnelle, vous travaillez sur cette question d'engagement par d'autres moyens que le média du chien et la famille ?

E : Oui, alors il y a un moyen qui... un moyen un petit peu différent. En fait, vraiment moi mon but en tant qu'ergo, c'est une fois que j'ai décelé cette rupture occupationnelle, j'essaie de commencer à réparer la brèche en trouvant un petit peu la faille et la chose qui va animer la personne. Donc euh... c'est vraiment directement en lien avec l'engagement. C'est, il faut que je trouve ce qu'il anime. Les animaux, je disais tout à l'heure, c'est... enfin c'est bête mais en fait ça attendrit tout le monde un animal et les gens qui ont eu des animaux toute leur vie hum... ça, ça peut rappeler des choses et donc créer un petit peu d'engagement. Ce qui fonctionne aussi pas mal, c'est tout ce qui est apprentissage. En fait, moi je considère vraiment que, enfin, il faut toujours se rappeler, je trouve, quand on travaille en EHPAD et aussi quand on est ergo, que la personne âgée, c'est vraiment une personne qui a eu toute une vie entière d'expériences avant nous. Donc en fait, je vais essayer de fouiller un petit peu dans le dossier ou avec la

famille, et je vais essayer de trouver quelque chose, bah qui m'intéresse moi personnellement ou pas d'ailleurs, mais on va toujours trouver un élément. Et en fait, on va creuser dessus. Par exemple, dans l'histoire de vie, je... j'ai une résidente, elle a fait partie des premières femmes chefs d'entreprise dans les années post euh... post seconde Guerre Mondiale. Du coup, je suis allée la voir et puis on a commencé à parler un petit peu de ça et en fait, ça y est, j'avais trouvé le truc qui brillait dans ses yeux. Bah ouais, c'était... c'était une militante, elle a commencé à me parler de ça, etc... etc... Ça peut être, j'ai un résident de qui je suis référente, qui a été maire de son village pendant des années et du coup, ça peut être des choses du style, bah voilà, Ah euh... moi je vais aller le voir en disant, « Ah Monsieur machin, moi j'ai telle problématique dans mon village. J'ai toujours trouvé ça intéressant de s'impliquer dans la vie politique de son village et tout ». Hop, je vais trouver la brèche. Et là, il va continuer en disant, « Ah, j'ai été maire pendant des années ». Et là-dessus, en fait, à partir de l'accroche que j'établie avec de l'histoire de vie ou des fois c'est en... en demandant de l'aide, je vois qu'il y a un tel qui a travaillé je ne sais pas dans l'informatique, bah je vais lui dire, « voilà j'ai... j'ai un problème d'ordi », je ne sais pas, je vais essayer de faire planter mon ordi, je vais lui dire, « Voilà, vous pouvez venir me donner un coup de main et tout ». Et en fait, dans tout ce qui est, aide et transmission de savoir, généralement les personnes âgées, même avec des gros troubles cognitifs, ils vont être très contents d'aider et de venir transmettre ce qu'ils ont à transmettre à quelqu'un de... de relativement jeune ou plus jeune qu'eux en fait.

M : Ok...

E : Donc c'est un petit peu cette approche... et une fois que j'ai eu l'approche, je vais essayer de faire ce qu'on fait en tant qu'ergo, c'est à dire transposer en situation réelle. Et donc par exemple ce Monsieur qui était maire, on devait euh... on n'arrivait pas à choisir. C'était un truc bête euh... si on devait afficher le menu à tel ou tel endroit dans l'EHPAD. Le menu des repas... et en fait je lui ai dit Bah voilà, « est-ce que ça vous intéresse qu'on essaie d'organiser un vote pour avoir l'avis un peu de tout le monde » et en fait, du coup, ce Monsieur qui était apathique et qui ne sortait pas de sa chambre depuis un mois, depuis son entrée quasiment. On a travaillé ensemble sur le projet, on a... on a fabriqué une urne et tout. Il a organisé un vote. Ce n'est pas grand-chose, mais sauf que du coup, au moment du vote, il a rencontré d'autres résidents, il a créé peut-être plus ou moins d'approche et notamment il s'est... il s'est créé un petit groupe de... de collègues. Beh ça du coup, je dirais vraiment, pour résumer, en tant qu'ergo, j'essaie de trouver une accroche avec leur histoire de vie, parce qu'en fait elle est hyper grande, vu que c'est des personnes âgées. Et euh... derrière, j'essaie de transposer en situation réelle et trouver un projet.

M : Ok. En tout cas le principe est très intéressant. Hum... si on revient un peu à votre pratique ergo avec votre chien, je ne sais pas si on peut qualifier votre pratique de médiation animale ?

E : Je pense qu'on peut... Sachant que je m'en sers comme outil du coup, pour avoir des accroches.

M : Ouai...

E : Mais je m'en sers aussi comme... comme vraiment, je peux faire une petite séance avec que le chien, faire une séance de dressage ou une séance promenade pour travailler l'équilibre en extérieur, etc...

M : **Donc c'est une intervention que vous réalisez auprès de toutes personnes âgées, euh... pas forcément que celles qui souffrent de dépression ?**

E : Ça peut varier. Mais euh... franchement, avec les personnes atteintes de dépression, j'ai... rarement trouvé un... après j'ai que 2 ans d'expérience, mais je n'ai pas encore trouvé quelque chose qui fonctionnait aussi bien que les animaux. Vraiment c'est impressionnant. Enfin, les personnes qui sont en dépression sévère, qui parlent plus, qui mangent plus, qui sont dans leur lit, etc... Si je rentre dans leur chambre avec le chien, elles vont se mobiliser, se mettre au bord du lit pour le caresser, sourire, enfin c'est... c'est vraiment assez impressionnant.

M : **Ok, donc est-ce que pour vous il y a un... un lien entre l'utilisation du chien et un impact sur l'engagement occupationnel auprès des personnes souffrant de dépression ?**

E : Oui, oui.

M : **Et du coup, maintenant que vous avez quand même un peu d'expérience avec le média du chien. Vous avez pu remarquer des... des points forts et des points faibles d'utiliser cette médiation ?**

E : Hum... alors, les points forts, euh... les points forts... Vis-à-vis directement de de l'engagement du résident, etc... ?

M : **Par exemple oui.**

E : Hum... les points forts, c'est que vraiment, déjà, ça constitue une distraction à part entière. Par exemple, quelqu'un qui veut pas marcher ou des choses comme ça, en fait, il va le faire sans faire attention. Quelqu'un qui, je sais que... pour donner des exemples concrets, avec mes collègues kiné, on essayait d'évaluer l'équilibre postural assis d'une dame. Impossible, elle faisait que nous insulter, elle voulait pas se relever de son fauteuil, etc... et en fait, en dernier recours, je me suis dit, « Bon Beh, je vais mettre mon chien couché par terre et en fait, bah... elle s'est penchée, elle a caressé le chien, elle a fait des trucs on était tous euh... tous bouche bée. Euh... en point fort... ça crée du lien social aussi. Donc ça peut être bénéfique dans la... dans, dans le cadre de personnes qui ont des dépressions, parce que généralement, si j'interviens avec mon chien auprès d'un petit groupe, après ils vont parler un peu, « Ah, moi j'ai eu un border collie quand j'avais 20 ans, et toi tu as eu quoi ? ». Donc ils vont parler pendant un moment, ils vont avoir des débats sur l'éducation du chien, critiquer la mienne, me donner des conseils ou donc c'est aussi... je ne suis pas allée aussi loin, mais je pense qu'on pourrait carrément faire des groupes après de le travail. En fait des groupes de... de communication sur des thématiques comme ça. Après un point négatif... il y a toujours des gens qui ont peur des chiens, donc je dirais,

vraiment bien vérifier, euh... bien éduquer le chien parce que... enfin moi j'ai passé aucun diplôme, c'est mon chien personnel donc il n'est pas validé ni rien. Ce que j'ai fait, c'est que depuis qu'elle est tout bébé, je l'emmène à l'EHPAD pour qu'elle s'habitue, donc elle est calme et elle est bien... bien éduquée. Mais bon, ça peut parfois arriver qu'il y est des débordements donc, je la surveille tout le temps, elle est attachée super près. Et euh... les allergies aussi, ça m'est déjà arrivé qu'il y a un résident qui avait des troubles cognitifs et qui n'a pas pu me dire qu'il avait... enfin qu'il était allergique aux chiens donc euh... alors c'est des trucs bêtes, mais si c'est pas écrit dans le dossier, c'est un peu galère.

M : Oui oui, c'est sûr.

E : Mais honnêtement, je... je vois beaucoup plus de, de points positifs que, que négatifs. Je pense que la dépression c'est vraiment une des pathologies avec euh... avec laquelle la médiation canine et animale en général peut fonctionner.

M : Même sans formation à la médiation animale à proprement parlé, vous y trouvé un intérêt dans votre pratique ?

E : Bah en fait, je pense que la... les formations, j'ai regardé un petit peu pour en faire là. Je pense qu'elles peuvent aider sur le dressage de l'animal pour de l'usage thérapeutique et qu'elles peuvent donner des... des petits tips sur quoi faire avec euh... avec le chien, parce qu'au début, quand j'ai commencé à l'amener, je me disais, mais, qu'est-ce que je voulais faire juste leur faire caresser ou voilà. Mais après je pense qu'il y a beaucoup de bon sens, il y a... il y a 2 utilisations principales et l'utilité vraiment médiatrice. C'est ce que je disais, vraiment utiliser le chien comme une... une excuse ou une motivation, surtout pour le résident de faire quelque chose. Après, il y a les séances purement de médiation canine où, bah là du coup je n'ai pas de formation mais euh je moi je fais dans une salle, je fais... enfin je donne une balle aux résidents et ils jouent juste avec mon chien pendant un petit moment ou alors ce qu'ils aiment bien c'est brosser, toiletter le chien, donner des récompenses, voilà quoi. Mais je pense que la formation elle peut apporter sur l'aspect vraiment, purement séance individuelle de... de médiation animale.

M : C'est intéressant d'avoir le regard thérapeutique sans forcément avoir suivi une formation spécialisée en médiation etc... Lorsque vous faite une séance avec votre chien auprès d'un résident vous... vous réalisez un travail continu, il y a.. il y a une poursuite de prise en soin ou c'est que lors d'une séance ?

E : Hum... Là, je viens sur la structure une journée par semaine avec mon chien, sur les structures du coup. Je sépare ma journée en 2 pour avoir une demi-journée avec le chien et hum... à ce stade, j'ai une sorte de petite liste de résidents où... je sais que je dois travailler avec le chien ou alors que le chien aura un intérêt pour le résident.

M : Ok...

E : Ça peut être des trucs tout bête. Après, je l'emmène hum... en médiation sur des journées où elle n'est pas forcément prévue, la chienne, mais c'est plus hum... La dernière fois, j'avais une résidente qui devait partir pour une opération, elle avait super peur. Du coup j'ai amené le chien exprès pour qu'elle puisse euh... la voir un petit peu avant et qu'on aille jusqu'à l'ambulance avec etc... donc il y a aussi un peu du ponctuel mais sinon oui j'ai quelques suivis où vraiment on fait un travail avec le chien ou... des... enfin des fois le travail de l'équilibre ou des choses comme ça avec le chien.

M : Ok et dans le cadre d'un suivi chez une personne âgée atteinte de dépression, vous remarquez une évolution ?

E : Oui. Après, c'est tellement multifactoriel que c'est dur d'évaluer l'impact du chien sur une journée par semaine.

M : Mmh

E : Mais euh... en plus ça fait partie vraiment d'un travail global, donc je ne saurais pas dire si c'est l'impact de la médiation animale ou du reste du travail en équipe quoi.

M : Ok, pas de soucis. Et bien je crois qu'on a fait le tour. On arrive à la fin de l'entretien donc euh... juste avant de finir, je voulais savoir si vous aviez des remarques ou des... des informations à ajouter ?

E : Non, ça va.

M : Ok, pas de souci et beh merci beaucoup. Pour finir, je voulais savoir si vous vouliez à la fin, avoir une lecture du mémoire quand il sera terminé ?

E : Ouai, carrément.

M : Super, je vais me le noter. Je pense que je vous l'enverrais par mail. Bah merci beaucoup en tout cas.

E : De rien, avec plaisir et bon courage.

M : Bah merci beaucoup. Bonne journée à vous !

E : Bonne journée.

ANNEXE VI – Grille d’analyse

Thème	Spécification	Unités de signification				
		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
Parcours professionnel	« Diplômée en 2018 »	« Diplômée il y a 2 ans » (2022)	« Diplômée depuis 2017 »	« Diplômée depuis 2019 »	« Ça fait 3 ans que je suis diplômée » (2021)	
	« Poste en hospitalisation à domicile, donc plutôt population vieillissante et c'était en Guyane »	« Création de poste en EHPAD » sur « 2 EHPAD » à « 50% » chacun.	« J'ai d'abord travaillé dans un centre de rééducation » « de l'adulte à la personne âgée », « mi-temps en libéral », « j'ai travaillé dans un EHPAD à mi-temps ».	« J'ai démarré en maison de retraite directement après le après le diplôme à temps plein »	« Je me suis installée dans une structure, un hôpital énorme avec 9 étages où fallait monter le service d'ergo » « Il y avait EHPAD, SSR	
	« J'ai fait un quelques mois dans un IME » avec des « jeunes qui avaient des déficiences physiques et intellectuelles »	Q° : « Vous avez suivi d'autres formations, or la formation initiale d'ergothérapie ? »		« Ensuite, j'ai travaillé en centre de rééducation »	gériatrique, SSR adulte, médecine physique de	
	« J'ai fait un remplacement libéral pendant plusieurs mois »	R : « Non »	« Maintenant je suis à temps plein en libéral avec une demi-journée par semaine en EHPAD », « en EHPAD j'interviens	Q° : « Vous avez suivi d'autres formations, or la formation initiale d'ergothérapie ? »	réadaptation, USLD et puis un espace unité de vie protégée »	
	« Je suis rentrée dans l'AFTAA, Association	Q° : « Quel type de population vous rencontrez à l'EHPAD ? »			« Là je suis en psychiatrie »	
		R : « des personnes atteintes d'Alzheimer »,				

	<i>française de thérapie assistée par l'animal, où j'ai été formée à la thérapie assistée par le chien » « depuis 2020 ».</i> <i>« J'interviens dans des centres de rééducation, des EHPAD, des IME, des MAS ».</i> <i>« J'interviens dans des EHPAD et majoritairement auprès des personnes âgées [...] très isolées avec des affects dépressifs importants et qui ont aucune motivation pour tous les ateliers, les activités »</i> <i>« La particularité de ma pratique, c'est que moi</i>	<i>« personnes âgées en situation de dépendance »,</i> <i>« personnes qui rentrent sur notre établissement suite à des multiples chutes à domicile »,</i> <i>« pathologie chronique »,</i> <i>« problème cognitif »</i>	<i>plus en collectif, du coup du groupe ».</i> Q° : <i>« Vous avez suivi d'autres formations, or la formation initiale d'ergothérapie ? »</i> R : <i>« J'ai été formée en thérapie assistée par l'animal en 2018 »</i> <i>« J'ai fait une formation dans le domaine de la pédiatrie (l'écriture, l'intégration neurosensorielle et aussi l'outil informatique) »</i>	R : <i>« J'ai fait une formation sur les escarres et le positionnement »,</i> <i>« j'ai passé l'ACACED pour travailler avec mon chien »</i>	Q° : <i>« Quel type de population vous rencontrez à l'EHPAD ? »</i> R : <i>« beaucoup de démence avec perte de leur autonomie et leur indépendance dans les AVQ, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer »,</i> <i>« polypathologie »</i>
--	---	---	--	--	--

		<i>je suis une intervenante extérieure, c'est à dire que je viens avec l'animal et je fais de la stimulation par l'animal directement », « il peut y avoir un ergothérapeute dans la structure qui est au quotidien entre guillemets avec les résidents »</i>				
Dépression des personnes âgées	Types et causes de dépression		<i>« Il y a plein [...] de types de dépressions [...] c'est [...] assez fréquent chez la personne âgée en institution »</i> <i>« Dépressions liées à la solitude aussi à domicile »,</i>			<i>« 2 cas de figure » : - « Dépression qui est déjà présente » : « la perte de l'autonomie », « après on met en EHPAD », « la dépression avait commencé et puis elle s'installe de façon permanente finalement une fois l'entrée en EHPAD »,</i>

						« c'est rare que l'on voie des gens qui arrivent déprimés en EHPAD ». - Et le deuxième cas de figure, « les anosognosiques arrivent dans les EHPAD, ils savent pas ce qu'ils font là et donc du coup forcément là à ce moment-là je pense qu'une dépression s'installe »
	Impact de la dépression	« Une apathie généralisée avec une difficulté à se mouvoir » « Isolement » « Peu de motivation »	« Certaines personnes veulent reprendre une activité mais peut-être que pour l'instant c'est pas possible » à cause de la présence d'une « apathie », « on va	« Ne voulaient pas venir en séance » « Préféraient rester dans leur chambre seul », « dans le noir »	« Les personnes vont être en difficultés pour retrouver un rythme de vie, des habitudes qu'elles ont dû abandonner suite à l'apparition de la maladie »,	« Manque de motivation » « Rester dans le lit toute la journée » « Un manque d'hygiène »

		« <i>Décrochage complet dans la prise en soin</i> »	<i>pas réussir à faire quelque chose</i> » « <i>Syndrome de glissement</i> »		« <i>C'est souvent des personnes qui s'isolent</i> », « <i>Manquent de motivation</i> » « <i>Clinophiles</i> »	« <i>Incurie</i> » « <i>Envie de mourir</i> »
	<i>Intervention en ergothérapie</i>	« <i>Quand ce sont vraiment des personnes avec des affects dépressifs assez importants</i> » « <i>J'interviens souvent en individuel</i> » « <i>En groupe ça sera maximum 3</i> »	« <i>Je vais laisser place déjà à une prise en charge psychologique ou alors travailler en partenariat avec la psychologue</i> » pour « <i>ensuite aboutir à une reprise des activités</i> ». « <i>On se retrouve assez rapidement dans l'impasse</i> » avec « <i>une prise en charge, c'est</i>	« <i>C'était pas axé sur la dépression en elle-même</i> » « <i>J'utilise la communication</i> » « <i>Je vais rester avec</i> » « <i>Proposer d'aller marcher</i> »	« <i>Je fais un entretien donc pour apprendre à mieux les connaître</i> » : « <i>quel est son comportement, est-ce qu'elle s'engage dans la relation...</i> » « <i>déjà faire une première séance à cette visée et puis après je vais lui proposer donc de faire des séances</i>	« <i>Ça n'a jamais été le diagnostic principal</i> », « <i>c'est toujours sous-jacent, c'est un diagnostic secondaire</i> » « <i>L'intervention auprès de ces personnes difficile mais il faut faire preuve de persévérance</i> »

			<i>un petit peu compliqué ».</i> <i>« Je vais essayer de coller le plus à ses besoins »</i> <i>« Je vais avoir plus un moment en individuel » pour « apprendre à connaître la personne et l'accompagner vers une reprise des activités significatives », « l'intégration dans des groupes ça se fait par la suite »</i> <i>« Un entretien d'entrée en ergothérapie » afin de « déceler des besoins, des difficultés dans la vie quotidienne, des envies, un manque</i>		<i>avec mon chien et donc là bah voir si le comportement va être différent »</i> <i>« Bien souvent on va établir ensemble des objectifs »</i> <i>« Je vais toujours aller vers des choses qui les intéressent, des activités. Il faut chercher un peu l'allure, l'initiative, la motivation, donc je vais à ce qu'elles aiment »</i>	<i>« Je fonctionne un peu avec la carotte » exemple : « une dame qui adorait se maquiller », « je lui disais que si je pouvais l'accompagner à la douche et qu'elle acceptait je pourrais l'aider à se maquiller »</i> <i>« Il faut aller chercher dans les occupations qui ont du sens pour la personne » exemple : « Un monsieur qui avait des difficultés énormes à se mobiliser », « il avait dans sa chambre, des outils, des perceuses » puis « je lui disais, on</i>
--	--	--	--	--	---	---

			<i>d'activité, et [...] cibler avec la personne des objectifs ergo »</i> <i>Q° : Pour pallier un peu à ces refus... Vous avez trouvé des moyens, des outils à mettre en place ? R :</i> <i>« Travailler avec mon chien », « quand on n'arrive pas à prendre en soin des personnes [...] la famille peut être aidante », « trouver vraiment une activité ciblée, quelque chose qui est très signifiant pour eux » mais « ça nécessite une ouverture déjà de la part du résident »</i>			<i>va bricoler un truc en bas » « Et puis ça le motivait »</i> <i>« Pour faire sortir ces gens de ce mécanisme de dépression, il faut trouver le petit truc qui résonne en eux »</i>
--	--	--	---	--	--	--

Transition occupationnelle	Impact de la transition occupationnelle	« L'apparition d'une dépression ou une aggravation des signes de dépression chez la personne âgée » « Il y a vraiment, je pense, même un choc traumatique du fait aussi d'avoir ce décalage-là de leur domicile à l'établissement », « ça amène souvent à des signes dépressifs assez importants » « Les personnes sont déboussolées, ne comprennent pas pourquoi elles sont là et se posent beaucoup de questions », « Des fois il	« L'entrée en institution [...] peut être très violent », « période d'apathie », « augmentation des troubles anxieux » « Transition occupationnelle présente [...] aussi chez l'aidant principal », « une double transition »	« Le passage en EHPAD, il y en a certains, ça va, ça se passe bien, souvent les plus autonomes le vivent mieux et d'autres le vivent mal, je dirais ceux qui ont un peu été forcés », « ces personnes-là, c'est vraiment plus difficile. Ce changement-là, effectivement, on voit beaucoup plus d'apparition de dépression dans ces cas-là » « Organisation quotidienne, on va changer du tout au tout » :	« Ses occupations vont changer et effectivement l'entrée en EHPAD, c'est un changement », « une transition occupationnelle », « y a tout qui va changer, l'environnement matériel aussi »	« Une tristesse de l'humeur et puis ça peut être une dépression ». « Dans une entrée en EHPAD, bien souvent le conjoint il est décédé ou alors ils habitaient chez il habitait chez la fille », « c'est des gens qui ne sont pas forcément autonomes non plus à la maison mais qui qui avaient un proche aidant » qui a pu « partir ou être décédé » « Il y a une vraie transition qui se fait et qui n'est pas forcément
---------------------------------------	--	--	---	--	--	--

		<i>peut y avoir des troubles cognitifs qui peuvent être assez importants [...] ce qui fait qu'en fait il y a une incompréhension globale »</i>		<i>« l'organisation de l'EHPAD ne permet pas de correspondre à leurs habitudes de vie qu'ils avaient à domicile (pour manger, pour se coucher le soir) »</i>		<i>toujours la bonne chose »</i> <i>« Les transitions des activités pour moi, elles se font tôt », « il y a une transition qui se fait avant » : « je me fais à manger, je vais au taf, j'éduque mes enfants, je fais ma lessive » →</i> <i>« maintenant je mange des plats Picard, parce que c'est un peu plus difficile pour moi de me faire à manger » =</i> <i>« que ce soit somatique, cognitif, beh... à partir du moment où ce déclin il se fait, c'est des petites choses, mais qui arrive</i>
--	--	---	--	---	--	--

						<i>pas à pas » → « il y a une aide qui est mis en place » = « maintenu à domicile grâce à des proches aidants qui ont été là, et puis après souvent il y a aussi les aides à domicile » mais « à un moment c'est stop » et « il faut des moyens plus adaptés, donc penser à l'EHPAD »</i> <i>« Le mot transition, il est hyper important »</i> <i>= « c'est pas je vais super bien, hop je vais mal » → « pour moi la transition elle se fait bien avant » l'entrée en EHPAD</i>
--	--	--	--	--	--	---

						<i>« C'est leur dernière demeure », « Ils vont mourir ici, ils en sont conscients »</i> <i>« Si on si on reprend le début, c'est à dire la transition du domicile à l'EHPAD, il y a cette transition-là qui est faite et puis après du coup toutes les transitions au niveau des occupations qui a été engendré aussi ».</i> <i>« À la maison finalement, ils ne faisaient déjà pas à manger, faisaient déjà pas le ménage »,</i> <i>« d'un autre côté, quand tu es à la maison, tu as toujours</i>
--	--	--	--	--	--	---

						<i>plus de trucs à faire » exemple : « tu te déplaces du salon jusqu'à ta bibliothèque ». Alors « qu'en EHPAD on ne te permet pas d'être autonome comme tu l'étais à la maison » → « il y a un petit déclin »</i>
	<i>Accompagnement de la transition occupationnelle en ergothérapie</i>	<i>« Il y a vraiment une pertinence à travailler sur la transition occupationnelle » « Tout dépend des signes cliniques associés et s'il y a des troubles cognitifs importants », « quand il n'y a pas troubles cognitifs, on peut en tout cas, s'attarder sur les</i>	<i>« Une intervention pluridisciplinaire » : « l'animatrice, l'ergo, la psy, les kinés, les soignants etc... » pour « accompagner la personne [...] dans la transition occupationnelle », « elle va arriver, on va [...] aller la voir à des moments différents [...]</i>	<i>« À l'entrée du résident, je fais un entretien, on parle beaucoup des habitudes de vie à la maison, comment ça se passait pour les repas, pour les horaires, etc... »</i>	<i>« C'est pertinent de travailler sur la transition occupationnelle » « Il faut qu'elle puisse être en accord avec ce qu'il se passe et réagir en fonction » « justement que la transition se</i>	<i>« Repérer quelque chose qui a du sens pour la personne »</i>

		activités de la vie quotidienne, essayer de reprendre un petit peu des activités en passant par le biais du chien », « la personne va faire pour le chien mais pas pour elle » « ça va être beaucoup plus facile en tout cas de l'accrocher », « Quand la personne a des troubles cognitifs ou est vraiment très déboussolée, on va être assez limité, sur la prise en charge »	pour pas la surcharger émotionnellement », il y a un « système de référents » c'est-à-dire un « interlocuteur privilégié d'une personne en EHPAD » pour « faire connaissance », l'« accompagner » et « faire en sorte qu'elle se sente le mieux possible » « C'est le rôle propre de l'ergothérapeute », « plus-value que l'ergothérapeute peut apporter en EHPAD » « Notre rôle, c'est de mettre la personne à l'aise et dans un second temps, de l'aider à	« On fait le projet d'accompagnement personnalisé » « C'est super important de travailler vraiment sur cet axe-là »	fasse la plus douce possible, même si dans tous les cas ça va évoluer » « La transition, ça va vraiment être l'objectif, ça va vraiment être la première chose que je vais cibler quand la personne arrive », « je vais déjà lui laisser le temps de s'adapter, de prendre ses repères », « s'adapter à la vie en communauté et à leur nouvel environnement matériel »	
--	--	---	---	---	--	--

			<i>retrouver un rôle social » pour « qu'elles ne soient pas en situation d'isolement la journée »</i> <i>« Accompagner les familles » et « les résidents ».</i> <i>Q° : vous avez pu remarquer [...] un impact [...] de cette difficulté d'acceptation chez la famille sur [...] le résident ?</i> <i>R : « oui, totalement », « cette transition occupationnelle [...] impact sur la confiance de la famille envers nous et du coup la confiance du résident</i>			
--	--	--	---	--	--	--

			<i>envers nous », la personne va « ressentir au début ce manque de confiance ». Prise en compte de</i> <i>« l'implication constante de la famille dans ses projets d'accompagnement » avec le</i> <i>« consentement » de la personne.</i> <i>« La condition pour que les personnes acceptent notre aide et retrouvent un rôle et... et que leur transition se passe bien, c'est la confiance »</i>			
Engagement occupationnel	Identification d'un déficit ou d'un problème d'engagement	<i>« Les personnes vont plus se mobiliser sur des activités de loisirs » →</i> <i>« que ça soit de pouvoir</i>	<i>« Typiquement c'est le genre de discours où le... la personne va nous dire « bah moi j'ai</i>	<i>« Quand on va avoir un versant dépressif, les personnes, même les activités qu'elles</i>	<i>« Difficulté pour s'investir »</i>	<i>« Ne veut pas se doucher »</i>

		<i>faire par exemple, n'importe quoi, des mots fléchés ou en tout cas de pouvoir reprendre des habitudes un peu qu'ils avaient à domicile, appeler des amis, pouvoir faire la cuisine, enfin voilà en tout cas de toutes les activités, un peu de la vie quotidienne qui vont être coupées, elles vont plus vouloir les retrouver »</i>	<i>envie de rien faire en fait », », « j'ai pas envie de participer » »</i> <i>« La personne elle est complètement fermée »</i> <i>« Pas trop envie de faire des groupes »</i>	<i>avaient de manière habituelle, elles vont avoir tendance un peu à les abandonner et à se laisser porter et à ne plus engager certaines activités »</i>		<i>« Pourquoi est-ce que vous voulez me faire une toilette évaluative alors que on y a quelqu'un ici, une aide-soignante qui peut m'aider à me laver ? »</i>
	<i>Accompagnement de l'engagement occupationnel en ergothérapie</i>	<i>« Moi je travaille avec cette personne pour comprendre comment elle est au quotidien et pour essayer d'amener une stimulation, quelque chose qui a du sens »,</i>	<i>« Repérer la brèche en trouvant un petit peu la faille et la chose qui va animer la personne. »,</i> <i>« Les animaux [...] ça attendrit tout le</i>	<i>« Séances individuelles pour travailler là-dessus »,</i> <i>« L'entretien individuel », « ça va vraiment être de la</i>	<i>« Je vais en fait identifier les activités qu'elle faisait avant d'arriver ici et voir comment on pourrait proposer</i>	<i>« Trouver la chose qui a du sens pour la personne » → « Ce que tu fais dans aucun autre domaine »</i>

			<i>monde » → « ça peut rappeler des choses » et « créer un petit peu d'engagement »</i> <i>« Fouiller un petit peu dans le dossier ou avec la famille » pour « trouver quelque chose »</i> <i>« Apprentissage », « aide et transmission de savoir » car ils vont « être très contents d'aider et de venir transmettre »</i> <i>« Transposer en situation réelle » et « trouver un projet »</i>	<i>discussion, savoir pourquoi il veut arrêter de faire certaines activités »</i> <i>« l'idée c'est de réfléchir ensemble »</i> <i>« En discuter avec les soignants, la psychologue aussi de l'établissement, l'infirmière coordinatrice », « il y a quand même un aspect assez conséquent du travail en équipe finalement pour la question de l'engagement », « il y a beaucoup de turnover aussi [...] c'est un gros obstacle »</i>	<i>des choses alternatives »</i>	
--	--	--	--	--	---	--

Cynothérapie	Cynothérapie en ergothérapie	« La médiation animale amène un champ très large parce que je peux utiliser le chien comme je peux ne pas l'utiliser entre guillemets » « En première intention, je viens directement avec le chien » « C'est une complémentarité finalement », « souvent, on m'indique ces personnes-là, parce que le l'accompagnement classique ne fonctionne pas ou avec très peu d'accroches », « c'est difficile, donc on va essayer de les mobiliser »	« En fait ça débloque des situations » où le résident « il ne veut pas parler, il n'est pas content, il ne veut pas participer », « après je peux embrayer sur l'entretien [...] les activités », « évaluer la marche » « Un résident [...] qui était en dépression ou en situation d'isolement très importante [...] j'allais le chercher avec mon chien pour le faire descendre à 12h00 pour le repas », « ça fonctionnait pas mal »	« Quand j'interviens avec le chien spécifiquement, c'est plutôt individuel » « On se voyait avec le médecin, la psychologue, la psychomot, etc... Et donc on avait fait une liste de certains résidents, intéressant à aller voir et faire des séances avec le chien » : « Pour des résidents qui refusaient de sortir, qui avaient vraiment un gros versant, en tout cas dépressif, mais aussi anxiété, etc... »	« Je n'interviens pas avec mon chien pour des séances de médiation animale pour tous les résidents, c'est vraiment au cas par cas ». « Il faut qu'il y est de l'attrait pour le chien ». « Ça va être surtout l'observation du comportement face au chien en direct » « En groupe, ça va plutôt être des activités qui vont solliciter l'aspect moteur »	« Ça a un réel intérêt dans la prise en soin et justement dans cet aspect motivationnel » « J'ai fait des groupes et de l'individuel. », « tout en mettant en prime abord le chien » « Les groupes » → « je trouvais que c'était beaucoup plus intéressant en pluridisciplinaire » : « la psy ou la psychomot » « pour 2 choses » = « une crainte qui lui file un bout de crêpe au chocolat » « pour gérer, pour pouvoir »
---------------------	-------------------------------------	---	--	---	--	--

		<i>par une autre manière en fait »</i> <i>« Passer par l'animal amène en fait à un média qui fait que, en fait, on va engager la personne dans l'activité » : « il faut se promener dehors », « ça fait vraiment une motivation extrinsèque de la personne », « on va après retravailler en miroir, pour que ça puisse se traduire après pour eux dans leur quotidien », « c'est une première approche qui peut permettre de remobiliser la personne et retrouver un sens à ses actions »</i>	<i>« Je m'en sers comme outil du coup, pour avoir des accroches »</i> <i>« Je peux faire une petite séance avec que le chien, faire une séance de dressage ou une séance promenade pour travailler l'équilibre en extérieur, etc... »</i> <i>Q° : c'est une intervention que vous réalisez auprès de toutes personnes âgées, euh... pas forcément que celles qui souffrent de dépression ? R :</i> <i>« Ça peut varier », « avec les personnes atteintes de dépression</i>	<i>« Ça leur permet de se rappeler de souvenirs »</i> <i>Exemple : « tellement focalisée sur le chien qu'elle ne s'est même pas rendu compte qu'elle s'est mise debout »</i> <i>« On sent que c'est quand même quelque chose qui est important pour eux »</i> <i>« Je n'ai jamais eu le cas de quelqu'un pour qui ça a pu être néfaste »</i>	<i>« En individuel, ça va plutôt être sur le contact » « il va y avoir une distance un peu privilégiée avec le chien », « on va pouvoir approfondir la relation, exprimer ses émotions », « on peut intégrer aussi des exercices moteurs, sensitifs », « il y a un meilleur accompagnement »</i> <i>« D'un point de vue en individuel, d'un point de vue du comportement » : « une personne qui est plutôt apathique va retrouver plus</i>	<i>permettre de meubler un peu quand le chien se repose 5 minutes », « plus rassurant pour moi, plus cadré, plus facile »</i> <i>« Objectifs » :</i> <i>- « Prise de confiance en soi : en donnant des ordres simples au chien »</i> <i>- « Mobiliser les membres supérieurs : en lui lançant la balle »</i> <i>« Je l'utilise comme levier motivationnel », « motiver les personnes à participer au groupe, à créer du lien social », « aspect</i>
--	--	---	--	--	--	--

			<i>[...] je n'ai pas encore trouvé quelque chose qui fonctionnait aussi bien que les animaux », « c'est impressionnant », « les personnes qui sont en dépression sévère, qui parlent plus, qui mangent plus, qui sont dans leur lit, etc... [...] avec le chien, elles vont se mobiliser, se mettre au bord du lit pour le caresser, sourire ».</i> <i>« Il y a 2 utilisations principales » :</i> <i>- « Utiliser le chien comme une excuse ou une motivation, surtout pour le résident de faire quelque chose »</i>		<i>d'énergie avec le chien parce qu'elle est motivée pour faire telle ou telle activité », « des personnes qui peuvent être un peu agitées, angoissées qui ont du mal à s'apaiser, beh le chien va venir apaiser ses émotions. De venir le caresser, c'est quelque chose qui est très relaxant »</i> <i>« C'est un apport mais ça ne reste pas le support principal », « c'est un complément »</i>	<i>motivationnel et une amélioration de l'humeur »</i>
--	--	--	--	--	--	---

			- « <i>Les séances purement de médiation canine</i> » Q° : <i>Dans le cadre d'un suivi chez une personne âgée atteinte de dépression, vous remarquez une évolution ?</i> R : « <i>Oui. Après, c'est tellement multifactoriel que c'est dur d'évaluer l'impact du chien</i> », « <i>en plus ça fait partie vraiment d'un travail global, donc je ne serais pas dire si c'est l'impact de la médiation animale ou du reste du travail en équipe</i> »			
--	--	--	---	--	--	--

	Plus-values de la médiation en ergothérapie	« C'est un animal qui est vivant [...] ça amène encore plus d'attrait parce qu'il y a une interaction » « Ça amène un côté un petit peu, émerveillement, qu'on ne peut pas forcément avoir avec d'autres outils ou matériel inerte », « un lien aussi sur les souvenirs de la personne » « On peut commencer un peu la relation thérapeutique par la description des animaux », « on peut avoir une alliance thérapeutique qui va	« Ça constitue une distraction à part entière » « Ça crée du lien social » « Je pense que la dépression c'est vraiment une des pathologies avec laquelle la médiation canine et animale en général peut fonctionner. » Q° : est-ce que pour vous il y a un... un lien entre l'utilisation du chien et un impact sur l'engagement occupationnel auprès	« Avec le chien, ça ouvre encore plus la discussion », « c'est beaucoup plus facile de rentrer en communication avec eux, et on sent que la présence du chien leur fait du bien », « on sent que y a quand même quelque chose qui se passe quoi » « Il y a un intérêt à l'utilisation du chien dans l'engagement occupationnel » « il y a vraiment un intérêt » car « ça fait un lien, des souvenirs qu'ils ont, qui sont normalement bien »	« Ça peut rappeler certains souvenirs », « il va y avoir une réminiscence à ce niveau-là » « On va avoir une action sur le comportement » « Elle a son sens » : « la personne va s'investir davantage parce que le chien lui apportera du sens sur ce qu'elle fait », « un être, qui va rappeler, qui va raviver beaucoup de souvenirs, qui	« Aspect motivationnel et puis confiance en soi » « Pour les gens justement qui étaient fortement déprimés », « qui avait besoin de d'amélioration de l'humeur » : « Quand ils voient un chien ils sourient », « C'est l'effet magique du chien » « Amélioration de l'humeur, la confiance en soi, la motivation » « Création de lien social » « en groupe »
--	---	--	--	---	--	---

		<i>être beaucoup plus facile »</i> <i>« L'utilisation de la thérapie a un impact sur l'engagement occupationnel »</i>	<i>des personnes souffrant de dépression ?</i> R : <i>« Oui »</i>		<i>va donner envie de se réinvestir dans telle ou telle occupation », « il y a plutôt la motivation d'abord et l'engagement vient après » « la personne trouve un sens et s'engage beaucoup plus dans ses activités » « Il y a quand même une récupération dans les activités quotidiennes »</i>	<i>« Tout ce que ça peut mobiliser en termes corporels »</i> <i>« Dans la création du lien thérapeutique ça c'est quelque chose d'assez chouette »</i> <i>« Faciliter le travail des objectifs »</i> <i>« Il y en a pour qui c'est la clé magique »</i> <i>« Forcément la personne va s'engager »</i>
	Limites de la cynothérapie en ergothérapie	<i>« Les personnes qui vont ne pas avoir d'attrait pour les animaux, qui sont allergiques », « une phobie du chien » →</i> <i>« Au final on va pas</i>	<i>« La peur des chiens »</i> <i>« Bien éduquer le chien »</i> <i>« Les débordements »</i>	<i>« On ne va pas l'utiliser comme un objet, on ne va pas l'utiliser tout le temps »</i>	<i>« Les personnes ne veulent pas du tout s'engager dans la relation »</i>	<i>« Le travail pour le chien c'est quelque chose qui est hyper fatigant. »</i>

		<i>avoir d'impact avec cette thérapie-là »</i> <i>« La limite de cette thérapie-là » « lorsque la personne a des troubles cognitifs ou est vraiment très déboussolée » et « qu'il n'y a pas d'investissement », « on va être là juste pour un soutien »</i>	<i>« Les allergies »</i>	<i>« Des résidents peuvent être un peu agressifs »</i> <i>« C'est plus fatigant aussi pour le thérapeute »</i> <i>« On ne peut pas le faire avec tout le monde »</i>	<i>« Elles sont dans le refus »</i> <i>« Des personnes peuvent avoir peur »</i> <i>« La personne est indifférente »</i> <i>« Ça reste le thérapeute, l'élément principal »</i> <i>« On va chercher d'autres moyens »</i> <i>« pour que la personne retrouve du sens et puisse s'engager »</i>	<i>« C'est très difficile à gérer d'avoir un chien et un patient »</i> <i>« C'est beaucoup de charge mentale », « la pression »</i> <i>« Le chien éponge beaucoup les sentiments »</i> <i>« Au niveau sanitaire ce n'est pas toujours hyper approprié »</i> <i>« Pas tout le monde aime les chiens »</i>
--	--	---	---------------------------------	---	---	---

Résumé

Introduction : L'entrée en EHPAD peut avoir un impact sur la santé mentale des personnes âgées et installer une forme de dépression engendrant un désengagement occupationnel de ces dernières. L'ergothérapeute va donc essayer de réintégrer les personnes âgées souffrant de dépression dans des occupations en utilisant une approche non-médicamenteuse. Ce mémoire vise donc à chercher si l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie va permettre de favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées souffrant de dépression suite à la transition occupationnelle de l'entrée en EHPAD.

Méthode : Afin de répondre à l'hypothèse, une étude qualitative a été menée par le biais de cinq entretiens. Ils ont été réalisés avec des ergothérapeutes exerçant en EHPAD auprès de personnes âgées souffrant de dépression et qui utilisent la cynothérapie dans leur pratique.

Résultats : L'enquête éprouve comme résultat un intérêt concernant l'utilisation de la cynothérapie en ergothérapie auprès des personnes âgées souffrant de dépression. Cela permet de favoriser l'engagement occupationnel de la personne âgée. Cependant, il existe divers facteurs limitant l'utilisation de cette médiation, ne permettant pas de favoriser l'engagement de ces personnes.

Conclusion : Pour conclure, l'hypothèse de cette étude est partiellement validée. Nous observons des limites concernant la faible quantité d'ergothérapeutes interrogés, ce qui n'est pas représentatif de la pratique de tous les ergothérapeutes en France. De plus, nous avons une hétérogénéité de la population interrogée par la présence de différentes formations en médiation animale ou par l'absence de formation. Ce sujet de mémoire laisse entrevoir des possibilités de recherches concernant cette notion de relation de confiance en ergothérapie : aussi bien dans la collaboration avec l'entourage de la personne âgée ou la confiance que nous porte la personne âgée dans sa prise en soin.

Mots clés : Ergothérapie, EHPAD, Personnes âgées, Dépression, Cynothérapie

Abstract

Introduction: Moving into a nursing home can have an impact on the mental health of the older adults, leading to depression and disengagement from occupations. Occupational therapists will therefore try to reintegrate older adults suffering from depression into occupations using a non-medicinal approach. The aim of this dissertation is therefore to find out whether the use of therapy dogs in occupational therapy will make it possible to encourage the occupational engagement of older adults suffering from depression following the occupational transition when they enter in nursing home.

Method: In order to respond to the hypothesis, a qualitative study was carried out by means of five interviews. They were conducted with occupational therapists practising in France, who work or have worked in nursing homes with older adults suffering from depression and who use therapy dogs in their practice.

Results: The survey revealed an interest in the use of therapy dogs in occupational therapy with older adults suffering from depression. This helps to encourage the older adult's occupational involvement. However, there are various factors limiting the use of this mediation, which do not allow us to encourage the involvement of these people.

Conclusion: In conclusion, the hypothesis of this study is partially validated. We note limitations concerning the small number of occupational therapists interviewed, which is not representative of the practice of all occupational therapists in France. In addition, we have a heterogeneous population surveyed by the presence of different training in animal mediation or by the absence of training. The subject of this dissertation opens up possibilities for research into the notion of a relationship of trust in occupational therapy, both in terms of collaboration with the older adult's family and friends, and in terms of the elderly person's trust in our care.

Keywords: Occupational therapy, Nursing home, older adults, Depression, Therapy dogs