

Mémoire d'initiation à la recherche

La coopération de l'ergothérapeute en EHPAD avec les professionnels non soignants : un levier pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents

Mathilde SOUDÉE

E23/17

Sous la direction de Madame Noémie de SAGAZAN

Promotion : 2023-2026

Année scolaire 2025-2026

« Ce qu'on aimerait changer, et [l'ergothérapeute] est d'accord avec nous, c'est que ça ne soit vraiment plus considéré comme un lieu de soins, mais comme un lieu de vie et c'est surtout chez eux, qu'ils appartiennent à ce lieu et qu'ils soient acteurs. » (Animatrice, A2)

« La coopération et la collaboration, c'est un mot qu'on utilise H24 [...] Mais en fait, on fait comment ? Ça veut dire quoi, en fait, coopérer ? » (Ergothérapeute, E2)

« Parfois quand on est dans notre métier, on a nos œillères, parce qu'on est dans le quotidien de notre métier et le fait de parler, ça peut nous permettre aussi d'avoir une autre vision, et du métier de nos collègues aussi. » (Animatrice, A3)

« On est sur un lieu de vie [...] on est obligé de collaborer avec toutes les personnes qui sont présentes parce que sinon il va y avoir des couacs, des manquements, la continuité elle ne va pas se faire [...] Ça permet aussi que l'info passe à tout le monde et que tout le monde se sente concerné. » (Ergothérapeute, E3)

« J'aspire à vouloir, dans le futur, avoir cette cohésion d'équipe, d'avoir un soutien et pouvoir fusionner tout corps de métier à ce genre de participation, d'activités qui devraient intégrer tout le monde. » (Animatrice, A1)

« On a un rôle parce qu'on fait partie de l'EHPAD et qu'on fait partie intégrante de l'équipe soignante et non soignante parce que nous, c'est vrai qu'on a un peu la double casquette. » (Ergothérapeute, E1)

Glossaire

ACE : Association Canadienne de l'Ergothérapie

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ANS : Agence du Numérique en Santé

OTA : American Occupational Therapy Association

ASH : Agent de Service Hospitalier

BEATEP : Brevet d'état d'Animateur Technicien de l' ducation Populaire et de la jeunesse

BPJEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l' ducation Populaire et du Sport

DREES : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques

EHPA :  tablissements d'Hébergement pour Personnes  g es

EHPAD :  tablissement d'Hébergement pour Personnes  g es Dépendantes

ELADEB :  chelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins

ETP :  quivalent Temps Plein

GIR : Groupes Iso-Ressources

MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

MMSE : Mini Mental State Examination

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

RPPS : Répertoire Partagé des Professions intervenant dans le système de Santé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

WHO : World Health Organization

La norme bibliographique APA 7 me version est utilisée dans ce mémoire.

Remerciements

Je remercie chaleureusement Noémie de Sagazan pour son accompagnement précieux et le temps qu'elle m'a accordé tout au long de cette année. Merci pour tes relectures attentives, les échanges partagés et tes conseils avisés.

Un grand merci aux trois ergothérapeutes et aux trois animatrices de m'avoir partagé leurs expériences. Ce travail a été permis grâce à vous alors merci beaucoup !

Je souhaite également remercier toutes les personnes qui ont permis d'initier ce travail : Annabel Pruvet, Déborah Quesney, Estelle Liadouze et Florine Levionnois pour la diffusion du questionnaire de recrutement mais également toutes les personnes qui ont pris de leur temps pour y répondre.

Enfin, j'adresse également mes remerciements : à Romain, le plus bel ange du quotidien, à Niza et à toute ma famille tant adorée ainsi qu'à Paul, pour tous les rires partagés qui ont pu alléger ces trois années !

Charte anti-plagiat



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

Je soussignée *Mathilde SOUDÉE* atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformance.

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

Fait à Lisieux

Le 11/05/2026

Signature

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

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

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

Attestation d'utilisation de l'Intelligence Artificielle

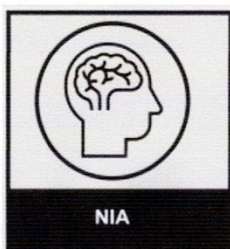


Version du 18/12/2025

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

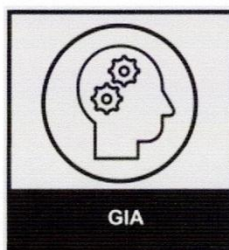
Travail individuel

Je soussigné(e) **Mathilde SOUDÉE** atteste :



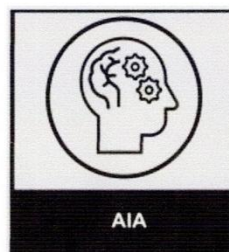
Ne pas avoir eu recours

à l'IA ☐



Avoir généré ce travail

par l'IA ☐



Avoir utilisé partiellement

l'IA ☒

Si j'ai utilisé l'IA, c'est à des fins de :

Nom du/des site(s) utilisé(s)	
☒ Correction orthographique	ChatGPT
☐ Formulations - reformulations	
☐ Création de titres	
☐ Structuration de paragraphes	
☐ Recherche de thématiques	
☐ Recherche de bibliographie	
☒ Retranscription des entretiens	Turboscribe
☒ Création d'illustrations	ChatGPT

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

Le 11.05.2026

À Lisieux

Signature



Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 : Cadre contextuel	3
1. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	3
2. Les résidents vivant en EHPAD	4
3. Les professionnels travaillant en EHPAD	5
Chapitre 2 : Cadre conceptuel.....	7
1. La participation occupationnelle en EHPAD	7
1.1. Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle	7
1.2. Les injustices occupationnelles	8
1.3. Le cadre réglementaire	10
2. La prise en charge de l'occupation en EHPAD	11
2.1. L'occupation : un objectif partagé.....	12
2.2. Les routines institutionnelles.....	13
2.3. Une promotion clandestine de l'occupation.....	14
3. Inscrire sa pratique à l'échelle du mésosystème	16
3.1. Le mésosystème	16
3.2. L'ancrage des enjeux occupationnels au sein du mésosystème.....	17
3.3. La pratique de l'ergothérapeute à l'échelle du mésosystème.....	18
3.4. La coopération de l'ergothérapeute avec les autres professionnels en EHPAD.....	19
Chapitre 3 : Processus de problématisation.....	21
Chapitre 4 : Dispositif méthodologique.....	24
1. Méthode qualitative.....	24
2. Approche hypothético-déductive	24
3. Population de recherche	25
4. Techniques et outils de recueil des données.....	26
5. Méthodologie d'analyse des données.....	27

6.	Objectivité et éthique dans la recherche.....	27
6.1.	Posture critique du chercheur.....	27
6.2.	Considérations éthiques.....	28
6.3.	Déontologie.....	29
Chapitre 5 : Présentation des résultats.....		30
1.	Analyse verticale.....	30
1.1.	Analyse des entretiens réalisés auprès des ergothérapeutes.....	30
1.2.	Analyse des entretiens réalisés auprès des animatrices.....	33
2.	Analyse horizontale.....	36
2.1.	Élargir les possibilités occupationnelles.....	36
2.2.	Orienter vers les possibilités occupationnelles.....	38
2.3.	Maintenir la participation occupationnelle.....	40
2.4.	Clarifier son identité professionnelle en tant qu'ergothérapeute.....	42
3.	Validation ou réfutation des hypothèses de recherche.....	44
3.1.	Hypothèse 1.....	44
3.2.	Hypothèse 2.....	44
3.3.	Hypothèse 3.....	45
Chapitre 6 : Discussion		46
1.	Nouveaux apports.....	46
1.1.	Les professionnels : une ressource pour appréhender la signification.....	46
1.2.	Les ergothérapeutes et animateurs : une coopération étroite.....	46
1.3.	La coopération avec les professionnels soignants.....	48
2.	Biais et limites de la recherche.....	50
2.1.	Biais.....	50
2.2.	Limites.....	50
3.	Perspectives.....	51
Conclusion.....		52
Bibliographie.....		53
Table des annexes		59

Introduction

La mission d'un ergothérapeute est de soutenir la participation occupationnelle des personnes qu'il accompagne (Egan et Restall, 2022). Pour ce faire, l'ergothérapeute adopte une approche à la fois centrée sur l'occupation et centrée sur le client. Ces trois années de formation en ergothérapie nous ont permis d'être formés à cette double approche.

En ergothérapie, le terme d'occupation correspond « aux activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie » [traduction libre] (WFOT, 2026). Le client, auprès duquel l'ergothérapeute intervient, peut être une personne, un groupe de personnes, un organisme, un gouvernement ou encore une association (ACE, 2002b).

Ainsi, les ergothérapeutes exercent leurs missions dans des contextes variés. Au 1^{er} janvier 2024, un peu plus de 17% d'entre eux travaillaient au sein d'un établissement pour personnes âgées en France (DREES, 2024). Selon la dernière enquête EHPA (DREES, 2023), parmi l'ensemble des personnes âgées accueillies au sein d'un Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA), 80% résidaient dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Par ailleurs, les personnes accueillies en EHPAD au cours des dix dernières années sont plus âgées et connaissent une perte d'autonomie plus importante qu'auparavant (DREES, 2025). Face à cette transition démographique, l'élaboration d'un « nouveau modèle d'accompagnement de la grande dépendance » représente un objectif pour le gouvernement français (Ministère chargé de l'Autonomie, 2022). Cet enjeu est également partagé par les ergothérapeutes travaillant dans ces établissements.

Plusieurs constats ont ainsi été faits lors d'un stage réalisé en EHPAD pendant cette formation. Le premier fut que la participation occupationnelle des résidents pouvait y être limitée par l'organisation de la vie en collectivité. Au sein des EHPAD, certaines activités de la vie quotidienne, telles que la préparation des repas, la gestion du linge ou bien le ménage, sont en effet réalisées par les professionnels employés à cet effet, et non par les résidents eux-mêmes. Cette organisation peut ainsi freiner la participation des résidents.

Face aux limites constatées, des leviers semblent néanmoins exister. Ce stage fut en effet l'occasion d'appréhender en quoi la coopération avec les autres professionnels de l'établissement était une ressource indispensable pour répondre aux problématiques occupationnelles soulevées par les résidents.

Ainsi, ces premières réflexions constituent le point de départ de ce travail de recherche et permettent de proposer une question de départ :

Comment l'ergothérapeute coopère-t-il avec les professionnels de l'EHPAD pour permettre aux résidents de participer aux activités de la vie collective ?

Pour y répondre, nous présenterons tout d'abord le contexte dans lequel se situe ce travail. Seront ainsi abordés, les EHPAD, les résidents et les professionnels qui y travaillent (chapitre 1). Nous exposerons ensuite les principaux concepts qui sous-tendent cette recherche, tels que les injustices occupationnelles, la promotion de la participation occupationnelle et la pratique professionnelle à l'échelle du mésosystème (chapitre 2). Cette présentation du cadre conceptuel permettra ensuite de proposer une question de recherche et des hypothèses de recherche (chapitre 3). L'élaboration du dispositif méthodologique sera ensuite détaillée (chapitre 4) et les résultats présentés (chapitre 5). Enfin, une discussion sera proposée pour conclure ce travail d'initiation à la recherche (chapitre 6).

Chapitre 1 : Cadre contextuel

Le contexte de cette recherche est aujourd'hui bien documenté, grâce aux enquêtes EHPA qui interrogent, tous les 4 ans, tous les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) en France afin de recueillir des données sur les caractéristiques des établissements, les résidents ainsi que les professionnels qui y travaillent. Les derniers chiffres ont été collectés en 2024 sur la situation au 31 décembre 2023. Les données présentées ci-après sont issues de cette enquête (DREES, 2023).

1. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Il existe en France plusieurs types d'hébergements collectifs pour personnes âgées. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) accueillent des personnes âgées de façon permanente ou temporaire. Ils « proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée » (article D312-155-0). Qu'ils soient publics ou privés, les EHPAD représentent plus de 70% des établissements présents en France métropolitaine avec 7 269 structures dont 375 en Normandie (DREES, 2023). L'environnement dans lequel se situe cette recherche est donc un enjeu important puisque les EHPAD représentent la catégorie d'EHPA la plus représentée actuellement en France ([cf. annexe 1](#)).

Les EHPAD n'ont pas tous la même dimension et peuvent accueillir un nombre de résidents plus ou moins important. D'après la dernière enquête EHPA, plus de 45% des établissements accueillent plus de 80 résidents et 19% d'entre eux plus de 100 résidents (DREES, 2023) ([cf. annexe 2](#)).

Cet accueil prend en compte le niveau d'autonomie des résidents. L'article D313-15 du Code de l'action sociale et des familles précise en effet que les EHPAD doivent héberger une proportion, supérieure à 20% de leur capacité d'accueil, de résidents évalués selon la grille nationale AGGIR dans les Groupes Iso-Ressources (GIR) 1 à 3. Les données de la dernière enquête EHPA indiquent cependant une réalité différente puisque d'après cette étude plus de 75% des résidents accueillis en EHPAD en 2023 étaient évalués en GIR 1, 2 ou 3 ([cf. annexe 3](#)). Ce même seuil de 20% est utilisé pour différencier les EHPAD des résidences autonomie qui doivent à l'inverse accueillir une proportion, inférieure à 20% de leur capacité d'accueil, de résidents évalués en GIR 1 à 3 (article D313-24-1). Les résidents des EHPAD présentent donc une perte d'autonomie supérieure aux résidents accueillis au sein des résidences autonomie.

2. Les résidents vivant en EHPAD

En décembre 2023, 573 100 personnes étaient hébergées en EHPAD, soit 80% des personnes accueillies dans l'ensemble des EHPA. La population ciblée par cette recherche représente donc une majorité des situations de vie rencontrées actuellement en France par les personnes âgées vivant en hébergement collectif.

Les chiffres collectés concernant les caractéristiques des résidents nous permettent de mieux appréhender cette population. Ainsi, les résidents hébergés en EHPAD sont globalement plus âgés que les résidents accueillis au sein des autres formes d'EHPA. L'âge moyen y est de 85 ans et 11 mois. 42% des résidents d'EHPAD ont plus de 90 ans tandis que 20% d'entre eux ont moins de 80 ans. Parmi les résidents, 73% sont des femmes. Cependant les hommes vivant en EHPAD sont plus jeunes que les femmes ([cf. annexe 4](#)). Enfin, notons également que la population se renouvelle en permanence puisque la durée moyenne de séjour est de 2 ans et 3 mois.

Outre l'âge et le sexe, la population hébergée en EHPAD se caractérise également par son niveau d'autonomie. Ainsi, la grille nationale Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources AGGIR ([cf. annexe 5](#)), remplie par le médecin coordonnateur en EHPAD, permet d'évaluer le niveau d'autonomie des résidents en fonction de plusieurs domaines. Les 10 variables discriminantes (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur et communication à distance) sont utilisées pour évaluer le niveau d'autonomie physique et psychique du résident et le situer dans l'un des six Groupes Iso-Ressources (GIR 1 à 6). Les 7 variables illustratives (gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement, activités de temps libre) évaluent quant à elles l'autonomie des résidents dans les activités de la vie domestique et sociale mais ne rentrent pas dans le calcul du GIR.

L'enquête EHPA met à disposition les données concernant les résidents évalués en GIR 1 à 4 et les cotations des 10 variables dites discriminantes ([cf. annexe 6](#)). Il en ressort que la toilette et l'habillage sont les deux domaines où l'autonomie des résidents est la plus impactée (DREES, 2023). Nous pouvons également noter que près de 52% des résidents ne peuvent s'orienter seul dans le temps et 47% d'entre eux ne peuvent s'orienter de façon autonome dans l'espace.

3. Les professionnels travaillant en EHPAD

L'article D312-155-0 définit les professionnels requis au sein de l'équipe pluridisciplinaire intervenant en EHPAD : médecin et infirmier coordonnateurs, infirmier diplômé d'État, aides-soignants, aides médico-psychologiques, accompagnants éducatifs et sociaux et personnels psycho-éducatifs. Outre ces professionnels, les EHPAD emploient également les professionnels nécessaires pour répondre au socle de prestations imposé par l'annexe 2-3-1 du Code de l'action sociale et des familles. Ces prestations comprennent :

- Des prestations d'administration générale ;
- Des prestations d'accueil hôtelier (entretien et nettoyage des chambres, des parties communes et des espaces verts) ;
- Des prestations de restauration (trois repas, goûter et collation nocturne) ;
- Des prestations de blanchissage (fourniture et entretien du linge de toilette, de lit et de table, marquage et entretien du linge personnel des résidents) ;
- Des prestations d'animation de la vie sociale (animations collectives et activités extérieures).

En décembre 2023, les taux d'encadrement pour 100 places les plus représentés étaient celui des personnels paramédicaux ou soignants (30,57 ETP) suivi des agents de service hospitalier (15,96 ETP) en charge notamment de l'entretien des locaux puis des agents des services généraux (7,40 ETP) responsables de la préparation des repas et de l'entretien du linge. On retrouve également mais dans une moins grande proportion le personnel éducatif et social (5,08 ETP), le personnel de direction et d'administration (4,23 ETP), le personnel d'encadrement (0,80 ETP) et le personnel médical (0,52 ETP).

L'ergothérapeute ne fait pas partie des professionnels que l'on retrouve de façon systématique en EHPAD. Leur présence, ou celle d'un psychomotricien, n'est requise de façon obligatoire que lorsque l'établissement dispose d'un pôle d'activités et de soins adaptés (article D312-155-0-1) ou d'une unité d'hébergement renforcée (article D312-155-0-2). Les enquêtes EHPA, concernant les caractéristiques des professionnels nous permettent également de préciser quelques spécificités concernant les modalités d'exercice de la profession en EHPAD. Au 31 décembre 2023, 2 687 ergothérapeutes travaillaient en EHPAD. Ce chiffre ne représente cependant que 1 583 Equivalent Temps Plein (ETP) en raison des contrats de travail à temps partiel. Toujours en ce qui concerne les ergothérapeutes, le taux d'encadrement correspond en moyenne à 0.27 ETP pour 100 places (DREES, 2023).

En conclusion, les EHPAD sont les formes d'hébergement les plus représentées aujourd'hui en France et accueillent la majorité des personnes âgées vivant en établissement. Les résidents y sont plus âgés et connaissent une perte d'autonomie plus importante que ceux des résidences autonomie. L'équipe pluridisciplinaire travaillant en EHPAD se compose de nombreux professionnels aux profils variés. Les ergothérapeutes en font partie mais sont peu représentés. C'est dans ce contexte que s'inscrit cette recherche.

Chapitre 2 : Cadre conceptuel

1. La participation occupationnelle en EHPAD

1.1. Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

Dans le cadre de cette recherche les fondements de la pratique en ergothérapie seront décrits sous le prisme du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle ([cf. annexe 7](#)), présenté par Mary Egan et Gayle Restall dans l'ouvrage publié en 2022 et intitulé « L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle ».

En ergothérapie, l'objectif recherché est la participation occupationnelle, c'est-à-dire, « l'accès à l'initiation et le maintien de la participation continue à des occupations valorisées au sein de relations et de contextes signifiants » (Egan et Restall, 2022). Placé au centre du modèle, ce concept représente l'objectif de l'ergothérapeute dont la mission est d'aider les personnes qu'il accompagne à faire ce qu'ils doivent ou veulent faire.

Pour explorer cette participation occupationnelle, Egan et Restall invitent d'abord les ergothérapeutes à prendre en compte la raison d'être de l'occupation c'est à dire la signification de l'occupation pour la personne ou le groupe de personnes qu'ils accompagnent. Le parcours de vie d'une personne, son histoire et ses relations (passées, présentes et futures), influencent cette signification et donnent un sens à sa participation occupationnelle (Egan et Restall, 2022).

Lorsque la raison d'être de l'occupation est connue, les auteures demandent aux ergothérapeutes d'explorer ensuite les possibilités occupationnelles d'accéder, d'initier et de maintenir la participation en examinant les contextes micro, méso et macro. Cette analyse doit permettre d'identifier les facteurs contextuels qui limitent la participation occupationnelle mais également les leviers disponibles pour élargir les possibilités occupationnelles existantes.

Ainsi et selon le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO), la participation occupationnelle se décline en trois strates. L'accès à la participation occupationnelle constitue la première. Cet accès est possible lorsque les contextes ne limitent pas une participation potentielle par la présence d'obstacles, explicites ou implicites, physiques ou sociaux.

Lorsque le contexte offre la possibilité à une personne d'accéder à une occupation, il faut ensuite qu'elle puisse initier sa participation occupationnelle, c'est-à-dire « commencer ou recommencer une occupation valorisée dans un contexte signifiant » (Egan et Restall, 2022).

Cette seconde strate peut quant à elle être freinée par des défis concrets (besoin de transport, coût) ou par des défis invisibles comme l'acceptation d'un nouvel individu au sein d'un groupe.

La dernière strate correspond au maintien de la participation dans le temps. Les personnes accompagnées doivent ainsi pouvoir continuer de participer à une occupation au fil du temps et toujours au sein de relations et de contextes signifiants. Les facteurs de durabilité doivent donc être eux aussi appréhendés.

Enfin, le MCPO fait des relations collaboratives une approche fondamentale de l'ergothérapie visant à travailler conjointement avec les personnes accompagnées. Le niveau de satisfaction à l'égard de la participation occupationnelle ne peut être apprécié que de façon subjective, en écoutant attentivement le point de vue de la personne et en se détachant de ses propres représentations ou des normes existantes (Egan et Restall, 2022). C'est dans cette perspective que se situe la recherche de Palacios-Ceña et al. menée en 2015. Cette étude qualitative a en effet recueilli les points de vue de 38 résidents de maisons de retraites espagnoles concernant leurs expériences vis-à-vis des activités signifiantes (Palacios-Ceña et al., 2015). Cette étude met en avant des freins à la participation occupationnelle des résidents pouvant conduire à des formes d'injustices occupationnelles.

1.2. Les injustices occupationnelles

La justice occupationnelle est une valeur fondamentale en ergothérapie. Concept inventé par Ann Wilcock et Elizabeth Townsend en 1990, il peut être défini comme « une valeur qui reconnaît et promeut le droit de tous les Êtres humains d'accéder de manière équitable à des opportunités occupationnelles contribuant à leur survie, leur santé et leur bien-être » (Drolet, 2022). Ainsi, cette définition fait de l'occupation un droit pour tous les Êtres humains. Cependant, le non-respect de ce droit occupationnel peut entraîner plusieurs formes d'injustices. Par exemple, être empêché de s'engager dans des occupations nécessaires ou signifiantes correspond à une privation occupationnelle (Whiteford, 2000, cité par Bor, 2023). De plus, toute participation imposée à des activités dénuées de sens pour la personne représente une forme d'aliénation occupationnelle (Stadnyk et al., 2010, cité par Bor, 2023). Privation et aliénation sont donc deux types d'injustices occupationnelles.

Dans le contexte des EHPAD, la littérature indique que les résidents peuvent être confrontés à ces deux formes d'injustices. French (2002) décrit à ce titre un processus de privation de droits occupationnels, « par lequel les personnes sont privées de leur droit de participer à des activités pour lesquelles elles ont des capacités et de l'intérêt et dont elles retirent de la satisfaction » [traduction libre].

Certaines occupations sont par exemple réalisées à la place des résidents (Palacios-Cena et al. 2015). Les EHPAD sont en effet des lieux de vie collectifs dans lesquels une partie des activités de la vie quotidienne (ex. préparation des repas, gestion du linge, ménage...) est réalisée par les professionnels employés à cet effet, et non par les résidents eux-mêmes. Ces prestations, issues de la réglementation (annexe 2-3-1 du Code de l'action sociale et des familles), peuvent contribuer à limiter la participation des résidents. C'est ce que montre l'étude de Palacios-Cena et al. (2015) dans laquelle l'un des résidents interrogés relate son expérience « Je leur ai demandé de me donner du travail pour le foyer, de réparer des choses. Ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas parce que j'étais un résident et non un travailleur » [traduction libre].

D'autres occupations sont interdites car considérées comme trop dangereuses. L'un des résidents interrogés par Palacios-Cena et al. (2015) décrit comment ses occupations sont surveillées et contrôlées par les professionnels : « Toute ma vie, j'ai eu un jardin potager [...] Dans ce foyer, je ne peux pas le faire parce que les outils de jardinage sont considérés comme un risque. On m'oblige à aller à la gym, à danser ou à regarder la télévision » [traduction libre]. De façon plus générale, les résidents interrogés dans cette étude estiment n'être autorisés qu'à effectuer des activités que les professionnels considèrent comme suffisamment sécuritaires.

Dans ces deux situations, les résidents sont empêchés d'accéder à des occupations. Il s'agit donc d'une privation occupationnelle.

Par ailleurs, les activités proposées en EHPAD ne sont pas toujours adaptées aux centres d'intérêts des résidents (Mondaca et al., 2018). Les professionnels tendent à proposer des activités davantage axées sur la stimulation des capacités physiques alors que les résidents trouvent davantage de sens « aux activités qui répondent à leurs besoins psychologiques ou sociaux » [traduction libre] (Palacios-Cena et al. 2015). Certaines activités sont également considérées trop simplistes puisque conçues initialement pour des résidents plus dépendants (Palacios-Cena et al. 2015). En ce sens, l'auteur de cette étude souligne l'importance de développer des programmes d'activités diversifiées et stimulantes au sein des maisons de retraite. Il précise également qu'il ne s'agit pas nécessairement d'augmenter le nombre d'activités proposées mais plutôt de les adapter davantage aux préférences des résidents (Palacios-Cena et al. 2015). En l'absence de signification, cette participation à des occupations représente une forme d'aliénation occupationnelle.

Les conséquences de ces injustices occupationnelles pour les résidents sont multiples. L'étude de Palacios-Cena et al. (2015) a donné la parole aux résidents et nous permet ainsi de mieux appréhender ces conséquences. Axée sur les activités significatives, c'est-à-dire sur les « activités agréables qui engagent le résident dans la mesure où elles améliorent soit son état

émotionnel, soit son état de santé, soit son état de santé physique » [traduction libre] (Palacios-Cena et al. 2015), cette recherche met en évidence plusieurs résultats. Au quotidien, le manque d'occupation et le temps passé sans rien faire sont sources de souffrances pour les résidents. L'un d'eux décrit à ce propos : « Parfois, la journée est très longue. Tout devient très lent, on peut presque toucher le temps. » [traduction libre] (Palacios-Cena et al. 2015). L'auteur nuance cependant ce résultat en précisant que pour certains résidents l'ennui est accepté comme faisant partie de leur vie. D'autre part, bien que les résidents aient besoin de se sentir utiles, ils ont du mal à participer à des occupations engageant leur responsabilité au sein des maisons de retraite. Le terme de « vide occupationnel » [traduction libre] est utilisé pour décrire cette situation (Palacios-Cena et al. 2015). En conclusion, « le manque d'occupation peut conduire à l'ennui, à l'apathie, à l'exclusion sociale et à la solitude » [traduction libre] (Palacios-Cena et al. 2015). Les injustices occupationnelles rencontrées par les résidents, qu'il s'agisse de privation ou d'aliénation, peuvent contribuer à accentuer ce manque et peuvent ainsi impacter négativement la santé et le bien-être des résidents.

Face à ces injustices occupationnelles, les ergothérapeutes sont unanimes : il est de leur responsabilité de s'engager afin d'analyser les obstacles à la justice occupationnelle (WFOT, 2006, cité par Bor, 2023) et particulièrement au sein des EHPAD, pour promouvoir un changement de culture et soutenir ce en quoi ils croient : qu'un engagement occupationnel significatif est crucial pour la santé humaine (Bor, 2023).

1.3. Le cadre réglementaire

En France, le cadre réglementaire concernant l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD soutient de plusieurs façons les droits et la participation occupationnelle des résidents.

La Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance de 2007 et notamment par l'article 6 « Valorisation de l'activité » précise en effet que « toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités ».

De plus, la prise en compte des attentes et des besoins de la personne accueillie en EHPAD est réglementée et obligatoire depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'article L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, précise en effet que toutes les personnes accueillies et accompagnées par des établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent bénéficier d'une « prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son

insertion, adaptés à son âge et à ses besoins ». Ce même article précise que la personne accueillie doit participer à la conception et la mise en œuvre d'un projet d'accueil et d'accompagnement la concernant. Ainsi, le projet personnalisé est l'outil utilisé pour atteindre cet objectif. Elaboré en co-construction entre la personne accueillie (ou son représentant légal) et les équipes professionnelles, cet outil recueille les attentes et désirs du résident afin d'assurer un accompagnement individualisé et respectueux de sa singularité. Pour chaque projet personnalisé un professionnel référent est désigné parmi tous les professionnels de l'établissement. Il peut s'agir d'un « soignant, un personnel hôtelier, une personne chargée de l'entretien, un thérapeute (ergothérapeute, psychomotricien, etc.), un animateur » (Anesm, 2018). Ce référent, proche du résident, doit être à l'écoute de ses attentes et relayer ses besoins. Enfin, le coordonnateur des projets personnalisés assure leur mise en œuvre (réunion de co-construction ou de réévaluation). Ce coordonnateur peut être un cadre (directeur, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) ou bien un autre professionnel délégué : soignant, psychologue, animateur (Anesm, 2018).

En conclusion, le projet personnalisé est un outil obligatoire en EHPAD qui recueille les souhaits des résidents. Ce recueil d'informations peut aider l'ergothérapeute à mieux appréhender la raison d'être d'une occupation pour un résident, c'est-à-dire sa signification. Selon le MCPO, cette prise en compte représente d'ailleurs la première étape de l'accompagnement en ergothérapie (Egan et Restall, 2022). Elaboré par le résident et les professionnels de l'établissement, et notamment avec le référent et le coordonnateur désignés, cet outil engage également l'ensemble des professionnels dans l'atteinte des objectifs exprimés par le résident. Le projet personnalisé peut représenter de ce fait un levier pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents et garantir le respect de leurs droits occupationnels.

2. La prise en charge de l'occupation en EHPAD

La littérature indique que les résidents en EHPAD peuvent être confrontés à des formes d'injustices occupationnelles (Palacios-Cena et al. 2015). Les ergothérapeutes sont appelés à s'engager pour lutter contre ces injustices et promouvoir la participation occupationnelle des résidents (WFOT, 2006, cité par Bor, 2023). Pour y parvenir, le MCPO demande aux ergothérapeutes de partir de la raison d'être de l'occupation puis d'analyser les facteurs contextuels limitants et les leviers existants (Egan et Restall, 2022). Nous venons de décrire en quoi le projet personnalisé peut s'inscrire dans la pratique de l'ergothérapeute en lui permettant d'appréhender la signification de l'occupation. La co-construction de cet outil suggère

également que tous les professionnels puissent s'engager aux côtés des ergothérapeutes afin de promouvoir la participation occupationnelle des résidents.

2.1. L'occupation : un objectif partagé

L'occupation est aujourd'hui un concept central en ergothérapie. En France, l'histoire de la profession s'est développée autour de trois grands paradigmes. Entre 2000 et 2020, le troisième paradigme a amené l'ergothérapie à s'orienter peu à peu vers ce concept d'occupation (Delaissé et al., 2022). Selon la World Federation of Occupational Therapists (2026) :

Les occupations correspondent aux activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie. Les occupations comprennent les choses dont les gens ont besoin, veulent et sont censés faire [traduction libre].

Depuis le déploiement de ce nouveau paradigme, l'occupation ne se limite plus à un moyen utilisé par le professionnel mais devient l'objectif même de la profession (Delaissé et al., 2022). Les ergothérapeutes partagent en effet la croyance selon laquelle l'occupation est un élément déterminant du bien-être et de la santé (ACE, 2002b). Ainsi, la mission d'un ergothérapeute est de promouvoir la santé et le bien-être de la personne qu'il accompagne en lui permettant de réaliser ses occupations de façon satisfaisante. Pour ce faire, l'ergothérapeute adopte une approche à la fois centrée sur l'occupation et centrée sur le client. Cette évolution professionnelle a d'ailleurs été intégrée dans le programme de formation puisque depuis l'arrêté du 5 juillet 2010 les ergothérapeutes sont désormais formés à l'approche occupationnelle. Dans le contexte de l'EHPAD, la mission d'un ergothérapeute est donc de soutenir la participation occupationnelle des résidents. Cependant, des facilitateurs et des obstacles à cette pratique ont pu être identifiés. Ainsi, le soutien de la direction facilite cette pratique mais à l'inverse, la méconnaissance de la profession par l'équipe pluridisciplinaire ou par la direction la rend plus difficile (Da Costa Amorin, 2021). Les contraintes budgétaires et sanitaires, le manque de temps, le manque d'expérience et la priorisation de certaines demandes qui ne relèvent pas de l'occupation, constituent quant à eux des freins (Da Costa Amorin, 2021).

Bien que l'occupation soit au cœur du métier de l'ergothérapeute, l'occupation est un enjeu partagé avec les autres professionnels. Le projet personnalisé, co-construit avec les autres professionnels, indique par exemple les souhaits et désirs des résidents en ce qui concerne leur participation. Par ailleurs, certains professionnels sont également initiés à cette approche au cours de leur formation.

Dans le domaine de la santé et notamment des soins infirmiers, le modèle conceptuel de Virginia Henderson peut par exemple être cité (Henderson et Collière, 1994). Cette théorie identifie huit besoins physiologiques essentiels à la survie (respirer, manger et boire, éliminer, se mouvoir, dormir, se vêtir, maintenir sa température, être propre et protéger ses téguments) et six besoins psychologiques (sécurité, communiquer, agir selon ses croyances, s'occuper en vue de se sentir utile, se divertir et apprendre). Ces 14 besoins humains guident aujourd'hui la pratique infirmière, notamment dans la réalisation de leur diagnostic (Delchambre et al., 2000). Parmi eux, le besoin humain de s'occuper en vue de se sentir utile fait écho aux objectifs de la pratique ergothérapique. La finalité de ce besoin humain est que chaque individu puisse exercer ses rôles et assumer ses responsabilités (Delchambre et al., 2000). Dans cette approche, les professionnels infirmiers travaillant en EHPAD peuvent également s'engager, aux côtés des ergothérapeutes, afin de promouvoir la participation occupationnelle des résidents et lutter contre les injustices occupationnelles identifiées.

La participation des résidents en EHPAD est donc un objectif partagé entre les professionnels. Cependant, la littérature identifie plusieurs facteurs pouvant limiter l'atteinte de cet objectif au sein même de l'organisation professionnelle et de ses routines institutionnelles (Bor, 2023). Le MCPO demande aux ergothérapeutes d'analyser ces facteurs contextuels (Egan et Restall, 2022).

2.2. Les routines institutionnelles

D'après la littérature, l'organisation institutionnelle des EHPAD, basée sur le modèle biomédical, limite la participation occupationnelle des résidents (Bor, 2023). L'organisation du travail y est centrée sur les actes de soin et s'inscrit dans des routines institutionnalisées. Dans son étude, French (2002) a observé cette organisation au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées situé en Australie. L'auteure en fait la description suivante :

La première impression de l'organisation était que le personnel était très organisé et très occupé, se déplaçant rapidement dans le foyer. Ils effectuent leur travail sans presque se référer les uns aux autres. Ils traversent le paysage en poussant les résidents dans des fauteuils, en transportant des paquets de draps et en retournant fréquemment au lavabo situé en face du poste des infirmières pour se laver soigneusement les mains. [...] Au fur et à mesure que l'environnement, les tâches et les routines de travail devenaient plus familiers, nous avons l'impression d'observer la vie de Cendrillon. Comme Cendrillon, les infirmières passaient le plus clair de leur temps à effectuer des tâches routinières, répétitives et souvent désagréables auprès des "cendres", les

résidents. Il n'y a guère de répit dans les corvées de toilette, de bain et de nettoyage. Les "cendres" réapparaissent sans cesse [traduction libre].

Ce constat est également réalisé dans le contexte français : « au quotidien, le travail s'organise de manière rationalisée, afin d'optimiser l'intervention de chaque professionnel et répondre au défi propre à ce type d'établissement : proposer un accompagnement individualisé dans un contexte de vie en collectivité » (DREES, 2016).

Cette organisation, inscrite selon French (2002) dans une culture de la dépendance et négligeant parfois les capacités des personnes hébergées, peut représenter un frein à la participation occupationnelle des résidents. Les résidents sont en effet soumis à de nombreux soins programmés et planifiés comme pour la toilette et la prise des médicaments (French, 2002). Ces routines, prévisibles pour les résidents, ne leur laissent que peu d'autonomie dans leur organisation personnelle (Rafeedie et al., 2018). Certaines occupations peuvent être réalisées à leur place pour plus de rapidité (Bor, 2023). Dans ce contexte, les résidents peuvent alors être considérés comme des bénéficiaires passifs de soin (Bor, 2023). Les injustices occupationnelles décrites précédemment peuvent en être issues.

De plus, ces routines institutionnelles sont identifiées comme des obstacles à l'engagement des professionnels auprès des résidents en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne (Mondaca et al., 2020). Les professionnels décrivent manquer de contrôle sur leur travail. Les routines leur sont imposées par l'institution et ils ne reçoivent pas d'orientation concernant la prise en charge des demandes occupationnelles des résidents (Mondaca et al., 2020).

Bien que l'occupation soit un enjeu partagé entre les professionnels, nous venons de décrire en quoi les routines institutionnelles peuvent limiter l'engagement des professionnels en faveur de la participation occupationnelle des résidents.

2.3. Une promotion clandestine de l'occupation

Dans son étude réalisée en Suède, Mondaca et al. (2020) a donné la parole à des professionnels aux profils variés : plusieurs aides-soignants, un ergothérapeute, une infirmière et un gardien d'hébergement collectif pour personnes âgées. Ces recherches ont mis en lumière les difficultés rencontrées par ces professionnels en ce qui concerne la prise en charge des occupations. Le soutien aux activités de la vie quotidienne ne fait pas partie officiellement de leurs missions professionnelles et les routines institutionnelles ne leur offrent pas suffisamment de contrôle sur leurs tâches (Mondaca, 2020).

Face à ces difficultés, les professionnels interrogés par Mondaca et al. (2020), identifient néanmoins deux voies : « suivre la matrice » [traduction libre] en répondant aux exigences de l'institution ou bien agir de « manière clandestine » [traduction libre] pour répondre aux souhaits des résidents. Cette deuxième façon d'agir a été définie comme « le fait de sortir du cadre ou de "contourner" les règlements et le rôle et les tâches professionnelles prescrites, en cherchant à faire le bien, avec un engagement personnel et sans la reconnaissance de l'institution » [traduction libre] (Mondaca et al., 2020). Cet engagement signifie donc être ouvert aux demandes des résidents même si leurs sollicitations sortent des routines habituelles de l'établissement. Pour y répondre certains professionnels vont par exemple donner de leur temps personnel en dehors de leurs heures de travail, passer un peu plus de temps avec un résident que cela est normalement prévu, privilégier une activité spontanée à une activité institutionnelle ou bien encore réaliser des achats de matériels avec leur propre argent (Mondaca et al., 2020). L'approche clandestine est donc une réponse alternative adoptée par certains professionnels pour promouvoir, malgré les routines institutionnelles limitantes, la participation occupationnelle des résidents.

Cependant, cette recherche met en avant également d'autres résultats. L'occupation n'avait par exemple pas la même valeur pour tous les professionnels interrogés. Cette préoccupation était avant tout individuelle, sinon partagée lors d'échanges informels. L'auteure identifie ainsi que l'absence d'échanges officiels à ce sujet, au travers d'un lieu et de temps dédiés, peut être un frein au développement d'une culture professionnelle plus orientée vers la promotion de l'occupation (Mondaca et al., 2020). Cet engagement individuel soulève également plusieurs questionnements. Dans cette recherche, l'auteure précise que l'approche clandestine peut engendrer des inégalités pour les résidents puisque toutes leurs demandes ne seront pas traitées de la même façon. Le dilemme et les enjeux éthiques auxquels les salariés sont confrontés dans leur pratique quotidienne sont également soulignés (Mondaca et al., 2020). Enfin, l'auteure ajoute que le manque d'orientation dans les pratiques en ce qui concerne la promotion de l'occupation en EHPAD démontre que la responsabilité des activités quotidiennes reste floue. Pourtant, d'autres auteurs suggèrent qu'une orientation professionnelle permettant aux salariés de contrôler davantage leurs tâches et d'être responsables de celles-ci garantirait de meilleures relations entre les salariés eux-mêmes et avec les résidents (Rice, 1958, cité par French, 2002). Rafeedie et al. (2018) souligne à ce titre que la qualité des soins apportés aux résidents est dépendante de la satisfaction professionnelle des salariés.

La participation occupationnelle des résidents en EHPAD est le cœur de métier de l'ergothérapeute mais également un enjeu partagé avec les autres salariés de l'établissement.

Cependant, nous avons vu en quoi l'engagement des professionnels dans cette dynamique pouvait être contrainte par les routines institutionnelles qui s'imposent à eux (French, 2002). Pour contourner ces freins certains professionnels optent pour une approche clandestine afin de promouvoir la participation occupationnelle des résidents (Mondaca et al., 2020). Leurs compétences et leur engagement apparaissent alors comme des leviers (Mondaca et al., 2020). Cependant, ce positionnement individuel présente également des limites, notamment en termes de rôle professionnel et de clarification des tâches (Mondaca et al., 2020).

3. Inscrire sa pratique à l'échelle du mésosystème

3.1. Le mésosystème

La plupart des modèles en ergothérapie, dont le MCPO, se base sur le modèle écologique du développement humain de Urie Bronfenbrenner (Morel-Bracq, 2017). D'après ce modèle, le développement résulte d'interactions continues et réciproques entre un individu et son environnement. Le modèle propose une lecture à six niveaux de systèmes qui interagissent les uns avec les autres : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème. Ces différents systèmes seront illustrés ci-après à l'aide d'exemples concrets issus de la pratique en ergothérapie dans le contexte de l'EHPAD ([cf. annexe 8](#)).

L'ontosystème correspond aux caractéristiques propres à l'individu. Il s'agit par exemple de ses capacités ou incapacités. Ainsi, lorsque l'ergothérapeute évalue les capacités cognitives d'un résident à l'aide du Mini Mental State Examination (MMSE), il axe sa pratique à l'échelle de l'ontosystème.

En revanche, le microsystème se réfère à l'interaction d'un individu avec son milieu immédiat. Lorsqu'un ergothérapeute propose à un résident de se mettre en situation, son observation se place alors à l'échelle du microsystème.

Le mésosystème résulte quant à lui de la juxtaposition de plusieurs microsystèmes. À cette échelle, la porte d'entrée de l'ergothérapeute ne se situe plus au niveau de l'individu mais au croisement de différents microsystèmes. Dans ce cadre, l'ergothérapeute intègre dans son analyse à la fois les résidents et les professionnels. Il les considère comme des éléments étroitement liés les uns aux autres et s'influençant mutuellement.

L'exosystème correspond à des éléments externes au sein de l'environnement qui influencent indirectement les précédents systèmes. Le contexte de travail, comme les routines institutionnelles, en fait partie.

Le macrosystème est davantage relatif au contexte culturel et social. Les représentations liées aux EHPAD en France entrent par exemple dans ce système.

Enfin, le dernier système est le chronosystème. Ce niveau prend en compte l'effet du temps dans le développement de l'individu au sein de son environnement.

3.2. L'ancrage des enjeux occupationnels au sein du mésosystème

Le MCPO invite les ergothérapeutes à prendre en compte l'influence du microsystème, du mésosystème et du macrosystème sur la participation occupationnelle des individus ou des collectivités (Egan et Restall, 2022). Le modèle considère en effet que ces systèmes favorisent ou limitent les possibilités occupationnelles existantes (Egan et Restall, 2022). Le but de cette analyse est d'identifier les obstacles présents mais aussi les leviers disponibles.

La littérature et les résultats présentés dans les chapitres précédents mettent en exergue les forces et les obstacles rencontrés dans le contexte des établissements d'hébergement pour personnes âgées (French, 2002 ; Mondaca et al., 2020 ; Palacios-Cena et al., 2015).

Les occupations salariées peuvent par exemple être des obstacles à la participation occupationnelle des résidents. En effet, selon la législation en vigueur, certaines activités de la vie quotidienne sont réalisées par des salariés employés à cet effet. Face aux demandes des résidents, ces professionnels peuvent alors se trouver confrontés à un choix contradictoire : répondre aux tâches et aux missions qui leur sont confiées par l'établissement ou bien répondre aux demandes des résidents. En l'absence d'orientation officielle à ce sujet (Mondaca et al., 2020), certaines études ont indiqué que ces situations pouvaient être à l'origine de privations occupationnelles pour les résidents (Palacios-Cena et al. 2015). Ce premier obstacle illustre en quoi la participation d'un résident s'inscrit à l'échelle du mésosystème puisque l'accès à une occupation, telle que faire du ménage ou laver son linge, est dans ce cas soumis au croisement de deux microsystèmes celui du résident et celui du salarié.

La littérature met cependant en avant plusieurs leviers. L'ensemble des compétences des professionnels représente une ressource pour enrichir la vie quotidienne des résidents (Mondaca et al., 2020). L'engagement individuel des professionnels par le biais d'une approche clandestine peut également être envisagée comme un levier pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents (Mondaca et al., 2020).

Ainsi, la participation occupationnelle des résidents en EHPAD apparaît étroitement liée aux relations et aux engagements réciproques des professionnels de ces établissements avec les résidents. Selon Mondaca et al. (2020), la participation des résidents aux activités quotidiennes est en effet un exemple d'interdépendance. Ce concept est utilisé pour souligner le fait que tous

les Êtres humains sont des Êtres sociaux qui interagissent les uns avec les autres (Darawsheh et Chard, 2015). Sous cet angle de vue, la participation occupationnelle des résidents ne peut alors être dissociée de celle des professionnels. Ce constat suggère que la pratique de l'ergothérapeute travaillant en EHPAD s'adapte à cette spécificité.

3.3. La pratique de l'ergothérapeute à l'échelle du mésosystème

Le client, auprès duquel l'ergothérapeute intervient, peut-être une personne, un groupe de personnes, un organisme, un gouvernement ou encore une association (ACE, 2002b). Dans le cadre des EHPAD, les enjeux occupationnels sont notamment liés aux interactions à l'œuvre au sein du mésosystème. Ainsi, inscrire sa pratique à l'échelle de l'individu, comme celle du résident, ne paraît pas être une réponse suffisante pour contrer les injustices occupationnelles rencontrées. Au contraire, le MCPO encourage les ergothérapeutes à reconnaître l'intégration de l'individu au sein de contextes plus larges et à apporter une réponse collective plutôt qu'individuelle (Egan et Restall, 2022). Selon les auteures (Egan et Restall, 2022) : « les relations existantes et les activités partagées entre les groupes communautaires peuvent créer davantage de possibilités occupationnelles pour un plus grand nombre de gens que le travail auprès de personnes individuellement ».

Par ailleurs, cette approche peut également être une réponse aux limites imposées par les conditions d'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD. Seul spécialiste de sa profession au sein de l'établissement, il apparaît en effet difficile pour l'ergothérapeute de traiter de façon individuelle les problématiques rencontrées par tous les résidents. Nous pouvons ainsi supposer qu'inscrire sa pratique à l'échelle du mésosystème puisse offrir davantage de possibilités et de continuité en ce qui concerne la participation occupationnelle des résidents.

En tant qu'ergothérapeute, inscrire sa pratique à l'échelle du mésosystème, c'est-à-dire au niveau de l'établissement, semble alors s'imposer. Nous pouvons en effet supposer que ce positionnement professionnel, axé sur les interactions entre résidents et professionnels, puisse favoriser la participation occupationnelle des résidents tout en reconnaissant le rôle des autres professionnels dans l'atteinte de cet objectif. Nous pouvons néanmoins nous demander comment cet axe de travail s'inscrit concrètement dans la pratique de l'ergothérapeute.

3.4. La coopération de l'ergothérapeute avec les autres professionnels en EHPAD

Grâce à l'analyse des contextes micro, méso et macro, les ergothérapeutes peuvent appuyer des changements afin d'élargir les possibilités occupationnelles des personnes accompagnées (Egan et Restall, 2022). Pour y parvenir, Egan et Restall (2022) précisent que la collaboration est une voie importante pour s'attaquer de façon pertinente aux problèmes soulevés. En suivant cette recommandation, les ergothérapeutes peuvent alors collaborer avec les autres salariés afin d'appuyer des changements dans le contexte de l'EHPAD. Promouvoir la participation occupationnelle des résidents en collaborant, représente également une façon pour l'ergothérapeute d'inscrire sa pratique à l'échelle du mésosystème.

La coopération interprofessionnelle fait d'ailleurs partie officiellement du référentiel de compétences de l'ergothérapeute (arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la collaboration est définie comme une situation où « deux ou plusieurs professionnels de la santé issus de différentes disciplines travaillent ensemble avec les patients, leurs familles, les soignants et les communautés afin d'offrir les soins les plus complets » (WHO, 2010). Cependant, nous avons pu constater que l'occupation était un enjeu partagé avec tous les professionnels travaillant en EHPAD et ne se limitait pas à la seule catégorie des professionnels soignants. Il convient donc d'élargir la définition de l'OMS à l'ensemble des professionnels présents dans ces établissements.

Pour Mondaca et al. (2020), le personnel joue en effet un rôle crucial dans la création d'opportunités occupationnelles pour les résidents des EHPAD. Selon l'auteure, leur engagement et leurs compétences sont des ressources « permettant d'offrir une vie quotidienne enrichissante aux résidents » [traduction libre] (Mondaca et al., 2020). Plusieurs études se sont déjà intéressées à la collaboration entre l'ergothérapeute et d'autres professionnels en EHPAD, notamment avec l'aide-soignant (Guérin, 2022 ; Saudrais, 2019 ; Toilliez, 2018). À notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur la collaboration de l'ergothérapeute avec les professionnels employés pour répondre au socle de prestations tel que défini par l'annexe 2-3-1 du Code de l'action sociale et des familles. La littérature nous indique pourtant que ces professionnels sont également directement impliqués en ce qui concerne la participation occupationnelle des résidents (Palacios-Cena et al. 2015). Selon les postures adoptées, leurs pratiques peuvent en effet restreindre la participation des résidents aux activités de la vie collective en EHPAD. C'est le cas lorsque ces professionnels ne permettent pas aux résidents de participer aux activités pour lesquelles ils sont salariés. À l'inverse, leurs compétences et la

diversité des postes occupés peuvent représenter une ressource pour promouvoir collaborativement la participation occupationnelle des résidents. De plus, les conditions de travail en EHPAD sont vécues comme difficiles par les professionnels soignants (DREES, 2016). L'augmentation de leur charge de travail apparaît aujourd'hui comme un frein important en ce qui concerne leur engagement auprès des résidents (DREES, 2016). Face à ce constat, nous pouvons nous questionner sur l'opportunité d'orienter davantage notre regard vers les professionnels non soignants afin d'identifier si leurs pratiques peuvent quant à elles représenter un levier pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents et initier, par le biais de cette coopération, un changement progressif de culture au sein des EHPAD.

Ainsi ce travail souhaite investir ce champ de recherche et explorer la façon dont l'ergothérapeute peut coopérer avec les professionnels non identifiés comme des professionnels de santé. Pour établir la liste des professionnels concernés, il a été retenu dans cette étude de s'appuyer sur le Répertoire Partagé des Professions intervenant dans le système de Santé (RPPS) qui précise pour chaque profession s'il s'agit ou non d'une profession de santé ([cf. annexe 9](#)). Ainsi, la population des professionnels non soignants travaillant en EHPAD retenue pour cette recherche inclut :

- Le personnel de direction, de gestion et d'administration ;
- Le personnel des services généraux (techniciens, jardiniers, cuisiniers, agents de buanderie) ;
- Le personnel d'animation ;
- Le personnel en charge de l'entretien des locaux (Agents de Service Hospitalier) ;
- Les psychologues.

Chapitre 3 : Processus de problématisation

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) représentent la forme d'hébergements collectifs pour personnes âgées la plus représentée aujourd'hui en France. Le nombre de résidents accueillis est variable d'un établissement à l'autre mais 45% d'entre eux hébergent plus de 80 résidents (DREES, 2023). Ces derniers sont plus âgés et connaissent une perte d'autonomie plus importante qu'au sein des résidences autonomie. L'équipe pluridisciplinaire travaillant en EHPAD se compose de nombreux professionnels aux profils variés. La profession des ergothérapeutes n'y est pas systématiquement représentée. Leur taux d'encadrement moyen est de 0,27 Equivalent Temps Plein pour 100 places (DREES, 2023). Ainsi, l'ergothérapeute travaillant en EHPAD intervient auprès d'un groupe de résidents et œuvre au sein d'une équipe pluridisciplinaire diversifiée.

L'objectif de l'ergothérapeute est de promouvoir la participation occupationnelle des résidents, c'est-à-dire leur permettre d'accéder, d'initier et de maintenir dans le temps une « participation continue à des occupations valorisées au sein de relations et de contextes signifiants » (Egan et Restall, 2022). Pour y parvenir l'ergothérapeute s'intéresse d'abord à la raison d'être de l'occupation, c'est-à-dire sa signification. Il examine ensuite le contexte occupationnel pour identifier les facteurs pouvant limiter cette participation ainsi que les leviers disponibles et sur lesquels il peut agir pour accroître les possibilités occupationnelles existantes (Egan et Restall, 2022).

Au niveau international, plusieurs recherches se sont intéressées aux établissements d'hébergement pour personnes âgées en tant que contexte occupationnel spécifique (French, 2002 ; Mondaca et al., 2020 ; Palacios-Cena et al., 2015). Ainsi, les résidents peuvent connaître un processus de privation de leurs droits occupationnels (French, 2002) et être soumis à des formes d'injustices occupationnelles (Palacios-Cena et al. 2015). Ils peuvent par exemple être empêchés de réaliser certaines occupations notamment lorsqu'elles correspondent à des missions salariées définies par le socle de prestations imposé par l'annexe 2-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (Palacios-Cena et al. 2015). Il s'agit alors d'une privation occupationnelle (Whiteford, 2000, cité par Bor, 2023). De plus, les activités proposées ne sont pas toujours adaptées aux souhaits et aux capacités des résidents (Palacios-Cena et al. 2015). En l'absence de signification, leur participation à des occupations représente alors une forme d'aliénation occupationnelle (Stadnyk et al., 2010, cité par Bor, 2023). Ces injustices sont délétères pour la santé et le bien-être des résidents (Palacios-Cena et al. 2015). Face à ce constat, les ergothérapeutes, sont appelés à s'engager pour lutter contre les injustices et œuvrer pour

promouvoir la participation occupationnelle des résidents au sein de ces établissements (WFOT, 2006, cité par Bor, 2023).

Depuis 2010, la formation des étudiants en ergothérapie s'inscrit dans le paradigme occupationnel (Delaissé et al., 2022). Les ergothérapeutes sont donc directement concernés par les enjeux liés aux injustices occupationnelles constatées au sein des EHPAD. Cependant, l'occupation est également un objectif partagé avec d'autres professionnels, notamment au travers du projet personnalisé qui précise les souhaits du résident en ce qui concerne sa participation et engage les autres professionnels dans cet objectif.

Cependant, la littérature met en exergue les difficultés rencontrées par les autres professionnels (French, 2002). Les routines institutionnelles représentent un obstacle à leur engagement auprès des résidents (French, 2002). Pour contourner ces freins, certains professionnels optent pour une approche clandestine afin de promouvoir la participation occupationnelle des résidents (Mondaca et al., 2020). Cependant, ce positionnement individuel présente également des limites, notamment en termes de rôle professionnel et de clarification des tâches (Mondaca et al., 2020).

La participation occupationnelle des résidents en EHPAD apparaît donc étroitement liée aux relations et aux engagements réciproques des professionnels de ces établissements avec les résidents (French, 2002 ; Mondaca et al., 2020 ; Palacios-Cena et al., 2015). De ce point de vue, les enjeux occupationnels apparaissent ancrés au sein du mésosystème. À cette échelle, la porte d'entrée de l'ergothérapeute ne se situe alors plus au niveau de l'individu mais au croisement de différents microsystèmes (Morel-Bracq, 2017). L'ergothérapeute intègre ainsi dans son analyse à la fois les résidents et les professionnels. Il les considère en effet comme des éléments étroitement liés les uns aux autres et s'influençant mutuellement.

La coopération de l'ergothérapeute avec les autres professionnels est une façon d'inscrire sa pratique à l'échelle du mésosystème et semble être un levier disponible pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents. Pour Mondaca et al. (2020), le personnel joue en effet un rôle crucial. Leur engagement et leurs compétences représentent des ressources pour élargir les possibilités occupationnelles des résidents (Mondaca et al., 2020). Parmi tous les professionnels travaillant en EHPAD, les professionnels employés pour répondre au socle de prestations sont liés à des enjeux spécifiques. En l'absence d'orientation officielle (Mondaca et al., 2020), les missions qui leur sont confiées peuvent être des facteurs limitant la participation occupationnelle des résidents (Palacios-Cena et al., 2015). En revanche, leurs compétences et la diversité des postes occupés peuvent représenter une ressource pour

promouvoir collaborativement la participation occupationnelle des résidents (Mondaca et al., 2020).

Ainsi ce travail souhaite investir ce champ de recherche et explorer la façon dont l'ergothérapeute peut coopérer avec les professionnels non identifiés comme des professionnels de santé.

En tant qu'ergothérapeute, inscrire sa pratique à l'échelle du mésosystème en coopérant avec les professionnels non soignants peut permettre de lutter, comme le suggère la littérature, plus efficacement contre les injustices constatées (Egan et Restall, 2022). La coopération avec les professionnels non soignants semble en effet être un levier pour offrir davantage de possibilités occupationnelles aux résidents, assurer leur participation continue dans le temps et en dehors du temps d'accompagnement en ergothérapie, tout en reconnaissant le rôle et l'importance de l'engagement des autres professionnels en faveur de la participation occupationnelle des résidents.

1. Question de recherche

Le cadre conceptuel vient de préciser les contours de cette recherche et nous permet maintenant de proposer une problématique :

En quoi la coopération avec les professionnels non soignants peut être un levier pour les ergothérapeutes travaillant à l'échelle du mésosystème pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents en EHPAD ?

2. Hypothèses de recherche

Trois hypothèses de recherche sont émises afin de répondre à cette question de recherche :

Hypothèse 1 : la coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants de l'EHPAD permet à l'ergothérapeute d'identifier des possibilités occupationnelles pour les résidents ;

Hypothèse 2 : la coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants de l'EHPAD permet de clarifier les rôles de chaque professionnel en ce qui concerne la participation occupationnelle des résidents ;

Hypothèse 3 : la coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants de l'EHPAD permet le maintien de la participation occupationnelle des résidents en dehors du temps de présence de l'ergothérapeute.

Chapitre 4 : Dispositif méthodologique

1. Méthode qualitative

Pour mener une recherche, il convient de définir une méthode, c'est-à-dire l'ensemble des opérations intellectuelles nécessaires pour recueillir puis traiter des données en vue de répondre à la problématique de recherche (Mucchielli, 2009). La méthode qualitative vise spécifiquement à comprendre et expliciter un phénomène humain ou social (Mucchielli, 2009). Cette méthode cible un nombre réduit de cas et cherche à comprendre en profondeur le sens que les individus attribuent à leurs expériences (Paugam, 2010). Ainsi, et puisque l'objectif de cette recherche est de mieux appréhender un phénomène humain : celui de la coopération entre l'ergothérapeute et les professionnels non soignants en EHPAD, la mise en œuvre d'une méthode qualitative a ici été retenue.

2. Approche hypothético-déductive

Afin de conduire une recherche, deux types de démarches méthodologiques sont possibles : l'approche déductive et l'approche inductive. Dans le cas d'une approche déductive, le chercheur élabore son modèle d'analyse à partir de théories existantes avant de le confronter aux données empiriques. Son raisonnement progresse ainsi de la théorie vers le terrain. Cette méthodologie favorise la prise de recul du chercheur par rapport à ses impressions spontanées et à ses idées préconçues (Van Campenhoudt et al., 2017). Dans le cadre de cette recherche, la littérature consultée lors de la phase exploratoire a permis de dégager deux concepts centraux : le concept de mésosystème et le concept de participation occupationnelle. Ces concepts peuvent être qualifiés de systémiques dans la mesure où ils sont tous deux reliés à un système théorique spécifique : d'une part le modèle écologique du développement humain de Urie Bronfenbrenner (Morel-Bracq, 2017) et d'autre part le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (Egan et Restall, 2022). Le processus de conceptualisation a ensuite permis de décomposer ces concepts en plusieurs dimensions et d'identifier celles qui seront spécifiquement observées au cours de cette recherche. Enfin, les liens établis entre ces concepts ont permis de déduire des hypothèses. Des indicateurs ont ensuite été définis pour rendre ces concepts opérationnels. Ils permettront de mesurer de façon objective le phénomène observé et de cibler spécifiquement les données pertinentes nécessaires à la vérification des hypothèses lors de l'analyse des données (Van Campenhoudt et al., 2017).

Ainsi, le processus réflexif utilisé pour construire le modèle d'analyse de cette recherche ([cf. annexe 10](#)) se base sur des concepts existants et s'inscrit de ce fait dans une approche hypothético-déductive. Cette approche s'est en effet peu à peu imposée au cours de l'étape exploratoire, en raison d'une littérature suffisamment étayée sur le sujet.

3. Population de recherche

La population de recherche correspond à l'ensemble des individus directement impliqués par le phénomène étudié ici, les professionnels ayant travaillé ou travaillant en France dans un EHPAD. Dans le cadre de cette recherche, deux sous-populations sont concernées : les ergothérapeutes et les professionnels non soignants. L'échantillon est quant à lui une représentation de cet ensemble par la sélection délibérée d'individus répondants aux critères définis par le chercheur. Deux échantillons cibles ont ici été délimités.

Le premier échantillon regroupe des professionnels ergothérapeutes diplômés d'Etat répondant à plusieurs critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion ([cf. annexe 11](#)). L'accès à ce premier échantillon s'est fait de façon indirecte en passant par des tiers, personnels, institutionnels et numériques (groupes Facebook). L'avantage de ce mode d'accès était de pouvoir sélectionner les ergothérapeutes répondant aux critères définis. Son inconvénient était de ne pas être neutre en ne ciblant pas l'ensemble des professionnels concernés (Blanchet et Gotman, 1992). Ainsi un questionnaire de recrutement ([cf. annexe 12](#)), réalisé sur Google Forms, a été diffusé en janvier 2026. Ce mode d'accès aux interviewés a permis de recueillir 50 réponses. L'outil comportait également une partie expérimentale afin d'appréhender davantage la nature des coopérations entre les ergothérapeutes et les autres professionnels travaillant en EHPAD. L'analyse des données issues de cette expérimentation figure en annexe ([cf. annexe 13](#)). Parmi l'ensemble des répondants, neuf ergothérapeutes justifiaient des critères identifiés. Parmi eux, trois ont été sélectionnés en assurant une diversité des profils de professionnels avec lesquels ils déclaraient coopérer. Ils ont ensuite été contactés et interrogés en février 2026.

Le deuxième échantillon regroupe des professionnels non soignants tels que retenus dans le cadre de cette recherche. Comme pour le premier échantillon, des critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion ont été identifiés ([cf. annexe 14](#)).

Pour atteindre ces professionnels, la méthode de proche en proche a été utilisée (Blanchet et Gotman, 1992). Il s'agissait en effet de solliciter l'aide des trois ergothérapeutes interrogés pour diffuser notre demande auprès des professionnels non soignants avec lesquels

ils avaient coopéré. Afin de favoriser un maximum de neutralité, cette demande avait été formulée par écrit et leur a été communiquée pour qu'ils puissent la relayer.

4. Techniques et outils de recueil des données

La dernière étape d'élaboration du dispositif méthodologique consiste à définir les techniques et les outils adaptés pour recueillir les données empiriques nécessaires à la validation ou non des hypothèses de recherche. Dans le cadre de cette recherche, la technique retenue est l'entretien-semi directif et les outils sont le guide d'entretien et la grille d'analyse de contenu.

L'entretien semi-directif est une technique par laquelle le chercheur est en contact direct avec l'interviewé et où l'utilisation de questions ouvertes et l'adoption d'une attitude non directive favorise la libre expression de l'enquêté (Van Campenhoudt et al., 2017). Bien que le but soit de répondre aux objectifs de la recherche, la souplesse du dispositif permet au chercheur d'interroger l'expérience, les représentations et les interprétations de la personne interviewée tout en respectant son cadre de référence (Van Campenhoudt et al., 2017). Puisque cette recherche vise à appréhender les enjeux liés à la coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants, l'utilisation de cette technique de recueil de données s'avère adaptée afin d'observer le discours des professionnels concernés.

Le guide d'entretien est l'outil sur lequel le chercheur s'appuie pour réaliser l'entretien. Il s'agit d'une grille de questions structurée abordant les principales thématiques de la recherche et permettant d'interroger de façon indirecte les hypothèses de recherche (Blanchet et Gotman, 1992). Deux guides d'entretien ont été élaborés : le premier pour les professionnels ergothérapeutes ([cf. annexe 15](#)), le second à destination des professionnels non soignants ([cf. annexe 16](#)). Ces outils ont eux-mêmes été conçus en deux parties. La première partie, composée des thèmes 1 à 4, aborde les thématiques au travers de questions d'ordre général. Cette approche favorise un discours d'opinion et amène l'interviewé à exprimer ses représentations. La dernière partie de l'entretien (thème 5) induit quant à elle un discours plus narratif et invite le participant à partager de façon plus spécifique une expérience vécue. Au total, six entretiens ont été réalisés : trois auprès d'ergothérapeutes et trois auprès de professionnels non soignants. Malgré le souhait de vouloir diversifier les professions représentées aux seins des professionnels non soignants interrogés, les trois personnes ayant accepté de participer à cette recherche étaient toutes animatrices. Les deux dernières étaient par ailleurs salariées et collègues dans le même établissement. Elles ont souhaité être interrogées en même temps. Ces entretiens ont tous été menés en visio-conférence selon les disponibilités des interviewés et ont duré en moyenne 1h20 pour les trois premiers et 1h30 pour les suivants.

5. Méthodologie d'analyse des données

Ces entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement et ont été analysés à l'aide d'une grille d'analyse de contenu (cf. [annexe 17](#) et [annexe 18](#)). Conçue à partir des indicateurs identifiés par le modèle d'analyse de la recherche, cet outil reprend de façon successive les thèmes de la recherche. L'utilisation d'un tel outil, en tant qu'intermédiaire entre les réflexions du chercheur et les matériaux recueillis, permet une analyse méthodique et objective (Van Campenhoudt et al., 2017). Une première analyse verticale entretien par entretien a d'abord été réalisée puis une analyse horizontale et comparative de tous les entretiens par thématique a ensuite été effectuée.

6. Objectivité et éthique dans la recherche

« Le choix d'un sujet est rarement neutre » (Paugam, 2012). Dès ses prémices, une recherche est ainsi influencée par la subjectivité du chercheur. Or, pour assurer la scientificité d'une recherche, il convient pour le chercheur de réaliser un travail de distanciation et d'adopter une posture critique vis-à-vis de ses préconçus. Ce travail réflexif s'étend à toutes les étapes de la recherche : d'abord par une première rupture épistémologique via la réalisation de l'état de l'art, puis par une rupture méthodologique visant à introduire une démarcation avec les connaissances non scientifiques (Van Campenhoudt et al., 2017).

6.1. Posture critique du chercheur

Une représentation sociale peut se définir comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003). S'intéresser aux EHPAD peut faire émerger ce type de représentations. Depuis plusieurs années, ces établissements font en effet l'objet de nombreuses controverses relayées par les réseaux journalistiques comme dans le livre *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet publié en 2022. La pénurie de personnel, des logiques de profit et une opacité financière y sont dénoncées (Castanet, 2022). Très médiatisées, ces critiques renforcent les représentations collectives négatives liées aux EHPAD qui « circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques » (Jodelet, 1989b). Cette situation nécessite que le chercheur repère ces représentations dans son propre discours et celui des personnes enquêtées.

Au-delà de l'environnement dans lequel cette recherche se positionne, le choix du sujet est également vecteur de représentations sociales. La représentation qui a ici guidé ce choix

était de penser que le maintien d'une activité et d'un sentiment d'utilité était nécessaire pour vieillir en bonne santé. Cette considération peut être rapprochée de la théorie de l'activité, développée dans les années 1960. Celle-ci précise en effet que le vieillissement réussi est corrélé à un niveau d'engagement élevé et par l'investissement de nouveaux rôles (Havighurst et Albrecht, 1953, cité par Caradec, 2008). Pourtant d'autres théories comme celle du désengagement social expriment le contraire. Les personnes âgées apprécient leur existence désengagée en limitant leurs relations et leurs responsabilités (Cumming et Henry, 1961, cité par Caradec, 2008). Ces deux théories mettent en lumière des trajectoires différentes du vieillissement et invitent le chercheur à prendre en considération cette diversité.

Par ailleurs, cette recherche s'inscrit également dans un cadre spécifique visant, à l'issue de trois années de formation, l'obtention du diplôme d'État d'Ergothérapie. Ainsi, choisir comme objet de recherche la participation occupationnelle des résidents en EHPAD, c'est ancrer pleinement ce travail au sein du paradigme occupationnel contemporain. Cependant au cours de son histoire, la profession a connu des évolutions et a été influencée par d'autres approches, notamment biomédicales. Ainsi, lorsque le futur ergothérapeute, dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche, interroge l'expérience d'ergothérapeutes expérimentés, il doit être en mesure de se distancier de ses représentations d'étudiant et de prendre en compte les différentes manières de penser et de pratiquer la profession.

6.2. Considérations éthiques

Entreprendre une démarche éthique, c'est également s'interroger sur les conséquences possibles de la recherche sur les personnes enquêtées et sur les groupes sociaux étudiés (Boué et al., 2023). Ainsi, l'un des principaux enjeux éthiques de cette recherche est d'interroger et de catégoriser les discours de professionnels aux profils variés en fonction des postes de travail occupés. Distinguer de façon arbitraire les professionnels soignants des professionnels non soignants comporte un risque : celui de la généralisation et de l'opposition de deux groupes sociaux. Le risque est en effet de stéréotyper les résultats de la recherche à un groupe entier sans prise en compte des singularités et spécificités individuelles. Ce risque est également accru par le nombre limité d'entretiens réalisés et le biais d'induction possible. D'autre part, interroger séparément des professionnels travaillant ensemble comporte également un risque : celui de compromettre leur anonymat l'un envers l'autre. Afin d'anticiper et d'éviter des conséquences négatives pour les participants, les analyses de leur propre entretien (verbatim extraits) leur ont été communiquées afin de recueillir de nouveau leur consentement.

6.3. Déontologie

La déontologie désigne « les règles et les obligations à suivre d'une profession donnée » (Boué et al., 2023). Dans le cadre de cette recherche plusieurs principes déontologiques ont ainsi été respectés. Selon le protocole d'Helsinki, l'avis consultatif du comité de qualification des projets de recherche a d'abord été saisi. Ce projet a été qualifié en décembre 2025 par le comité comme « ne rentrant pas dans le champ d'application de la Loi Jardé car portant sur des données préexistantes » ([cf. annexe 19](#)). Dans le respect du chapitre 6 des règles professionnelles des ergothérapeutes (ANFE, 2019), un formulaire de consentement libre et éclairé ([cf. annexe 20](#)) garantissant l'anonymat des lieux et des acteurs sociaux, demandant l'autorisation d'enregistrement et mettant en évidence la destruction des données empiriques après analyse a également été communiqué et retourné signé par chacune des personnes interrogées.

Chapitre 5 : Présentation des résultats

1. Analyse verticale

1.1. Analyse des entretiens réalisés auprès des ergothérapeutes

Le premier ergothérapeute interrogé sera nommé E1.

Depuis l'obtention de son diplôme, E1 a eu plusieurs expériences en EHPAD et a côtoyé près de 10 établissements différents en 4 ans et demi. Il n'a jamais travaillé à temps plein. Le dernier établissement dans lequel il a été salarié à mi-temps, pendant 1 an, accueillait 60 résidents.

Lors de ces différentes expériences, E1 décrit ses missions comme « sensiblement les mêmes » et principalement liées à la gestion du parc de matériel et à la préconisation d'aides techniques. Pour E1, le travail à mi-temps représente une limite dans l'exercice de ses fonctions : « une fois que tu as géré un peu tous les fauteuils, tout le matériel, il ne te reste plus grand temps pour faire autre chose ». L'attribution d'autres missions et les conditions d'exercice à mi-temps semblent ainsi limiter la mise en œuvre d'une approche occupationnelle dans la pratique d'E1. Ces résultats coïncident avec la littérature (Da Costa Amorin, 2021).

Dans sa pratique, E1 a « travaillé beaucoup avec des animateurs et animatrices, avec la psychologue ». L'expérience relatée par E1 ([cf. annexe 21](#)) illustre cette coopération qui lui permettait d'avoir « un regard différent » et de lui « apporter une compétence ». Néanmoins, E1 exprime un risque de confusion entre les postes d'ergothérapeute et d'animateur. Pour E1 : « l'ergothérapeute n'est pas un animateur et moi, je tiens vraiment à ce que ça, ça soit respecté ». Pour ce faire E1, ramène toujours à sa « fiche de poste ». E1 distingue ses interventions de la façon suivante : « si je mets en place des animations, il faut qu'elles soient thérapeutiques », « l'activité que je propose va soit maintenir leurs capacités, soit développer quelque chose qu'ils ont ». Par ailleurs, E1 exprime en quoi le départ de professionnels a pu freiner certains projets : « l'animatrice et la psychologue sont parties à deux semaines d'intervalle. [...] Ce qui fait qu'on a eu plein de projets, c'est un peu tombé à l'eau ».

Au cours de l'entretien, E1 identifie également que certains professionnels « qui gravitent autour du résident », comme les ASH, « apportent beaucoup plus d'informations qu'on ne le croit parce qu'ils passent du temps avec les résidents ». Cela lui permet d'avoir « un feedback » sur ses actions.

Enfin, E1 souligne que l'ergothérapeute qui travaille en EHPAD a une « double casquette », en faisant « partie intégrante de l'équipe soignante et non soignante » et que cette position pourrait permettre de « faire du lien entre les soignants et les non soignants ».

La deuxième ergothérapeute interrogée sera nommée E2.

E2 est diplômée depuis 3 ans et demi au moment de l'entretien. Le poste qu'elle occupe en EHPAD est son premier poste. Elle y travaille à temps plein, auprès de 95 résidents.

Concernant ses missions, E2 exprime : « j'ai la chance dans l'établissement d'être assez autonome, d'être très libre sur ce que je peux faire. En fait, on me fait vraiment confiance sur mes compétences ». E2 se satisfait à ce titre de ne pas faire « que de la gestion de matériel ».

L'architecture de l'EHPAD et les équipements présents sont présentés comme des ressources pour la participation occupationnelle des résidents (salon de coiffure, café, crèche, très grand extérieur). En revanche, l'absence de lieu identifié « pour des prises en charge individuelles » ou « de pièces dédiées pour faire des animations dans des endroits calmes » représente un frein. Ces difficultés amènent d'ailleurs E2 à coopérer avec les animatrices de l'établissement pour repenser l'aménagement de l'espace au sein de l'établissement ([cf. annexe 22](#)).

La diversité des professionnels est également identifiée comme une ressource pour diversifier les possibilités occupationnelles proposées aux résidents par E2 :

On a la chance d'avoir aussi une direction qui est très ouverte sur les projets et on a une équipe qui est assez dynamique et qui a beaucoup d'idées. Par exemple, les animatrices, elles ont monté une salle de bricolage.

Au cours de l'entretien E2 se souvient également : « je me rappelle, il y a une lingère qui voulait faire un atelier de pliage de linge avec les résidents ». Enfin, dans sa pratique, E2 coopère également « un petit peu avec le personnel de maintenance et le jardinier, qui sont eux très ouverts aussi à faire des ateliers de bricolage ou du jardinage avec les résidents ».

Au quotidien, E2 coordonne ses interventions avec celles des animatrices : « on essaie de se dispatcher un peu partout pour qu'il y ait des activités tous les jours, au moins une par jour pour chaque unité ». Elle décrit également : « au lieu de faire des trucs à deux, on fait des trucs tout seul pour couvrir un maximum ». Pour E2, « c'est une sacrée organisation, mais on arrive à s'en sortir parce que je pense qu'il y a une bonne communication entre nous, il y a une bonne entente ». Enfin, selon E2, « le rôle des animatrices [...] a évolué. La coopération avec, notamment, ergo/psychomot, leur a apporté des connaissances théoriques et, du coup, plus de bagages pour accompagner et proposer des activités qui ont du sens et qui sont pertinentes ».

E2 aimerait « changer certaines pratiques ». Elle regrette par exemple, que lorsque les ASH mettent la table, ce soit « quelque chose qu'ils ne font pas avec les résidents ». Néanmoins, E2 pense « qu'en coopérant davantage avec eux, il pourrait y avoir un peu un changement de rôle ».

La troisième ergothérapeute interrogée sera nommée E3.

E3 exerce dans un EHPAD depuis 3 ans à temps plein. Cet établissement accueille un maximum de 80 résidents. En tant qu'ergothérapeute, les missions professionnelles de E3 sont « diverses et extrêmement larges et variées ».

Afin d'identifier les souhaits des résidents en matière de participation, E3 utilise plusieurs outils :

À chaque entrée du résident, je fais mon bilan, et j'utilise un outil qui est l'ELADEB [...] à tous ceux qui sont capables. Une fois que l'ELADEB, elle est faite, je remplis un MOHOST [...] ce qui me permet vraiment du coup d'avoir comme ça un profil un peu général au niveau de la participation occupationnelle de la personne.

E3 indique que son rôle sera ensuite différent en fonction des demandes : « Il y a des situations où je vais être là peut-être plus en évaluateur, il y a d'autres situations où je vais être plus le lanceur d'alerte et où je vais coordonner tout ». Cette coordination avec les autres professionnels est facilitée parce que c'est « un petit EHPAD, enfin une petite équipe donc tout le monde est assez accessible » et qu'au niveau de la direction « ils sont très ouverts ». Enfin, E3 peut également s'appuyer sur des réunions régulières : « tous les matins, on a un staff de direction avec chaque représentant de chaque pôle donc les grosses décisions peuvent être prises à cette réunion là » mais aussi sur le projet personnalisé du résident : « c'est le genre de chose qui est inscrit automatiquement dans le projet personnalisé » ([cf. annexe 23](#)).

E3 peut « collaborer avec toutes personnes qui travaillent au sein de l'établissement sans grande difficulté, en fonction bien évidemment de leur organisation, de leur charge de travail ». Selon E3 :

Collaborer ça permet de réexpliquer ce qu'on est censé faire, ce qu'on n'est pas censé faire aussi [...] : je peux t'aider à adapter [...] ton activité. Mais je ne suis pas une animatrice, je ne suis pas un homme de maintenance, je ne suis pas un revendeur médical. Ça permet de reclarifier quand même.

Enfin, pour E3, la coopération au sein d'un lieu de vie comme l'EHPAD « c'est essentiel » sinon « il va y avoir des couacs, des manquements, la continuité elle ne va pas se

faire [...]. Ça permet aussi que l'info passe à tout le monde et que tout le monde se sente concerné ». Cependant E3 reconnaît certain frein :

Ce qui va être plutôt purement vie quotidienne, type mettre la table, ce genre de choses, ça peut être freiné parfois par le turnover des équipes [...]. Il suffit que ce soit un week-end ; moi, je ne suis pas là, la plupart des rééducateurs ou personnes administratives ne sont pas là, si c'est des remplaçants, et bien ça ne se fait pas.

1.2. Analyse des entretiens réalisés auprès des animatrices

La première animatrice interrogée sera nommée A1.

Lorsqu'A1 a pris son poste en EHPAD, elle n'avait pas de formation dans l'animation mais était titulaire d'une licence en psychologie. Elle s'est ensuite formée, en parallèle de son activité, en passant un BPJEPS. À son arrivée et sans connaissance sur le matériel (fauteuil roulant, repose-pieds, etc.), l'ergothérapeute a été une aide pour apprendre à utiliser le matériel et bien positionner les résidents afin qu'ils puissent participer et être confortables pendant les activités qu'elle proposait.

A1 a travaillé 3 ans dans cet EHPAD qui accueillait près de 80 résidents. Elle était à temps plein. « Du lundi au vendredi, aussi bien le matin que l'après-midi » A1 proposait une activité différente. Elle ciblait à chaque fois des groupes de 10 à 25 résidents différents pour essayer d'inclure un maximum de personnes âgées. Un panel d'activités était préprogrammé dans le logiciel métier (ateliers créatifs, musicaux, équilibre) mais A1 se basait également sur les histoires de vie des résidents. Le projet personnalisé, complété par la psychologue de l'établissement, représentait à ce titre une base de travail pour personnaliser ses activités. La création d'une chorale en est un exemple ([cf. annexe 24](#)). Plusieurs résidents ayant émis ce souhait, A1 a monté un projet en faisant intervenir une musicothérapeute et en bénéficiant de l'aide d'une bénévole. Le partenariat avec des intervenants extérieurs et des bénévoles fait partie de sa pratique.

Pour A1, l'ergothérapeute a permis d'élargir les possibilités occupationnelles des résidents en aménageant l'environnement, par exemple par la création d'un parcours moteur à l'extérieur. Elle a également fait l'acquisition de matériels adaptés (ciseaux et pinces à gros manches) ce qui permettait à certains résidents de participer aux activités qu'elle proposait. Pour A1, l'ergothérapeute est à ce titre « un accompagnateur, un compagnon, qui est en soutien ». Notons que les échanges entre A1 et l'ergothérapeute étaient davantage informels.

En ce qui concerne le travail en équipe, A1 déclare : « J'aurais apprécié davantage. Malheureusement, ça n'a pas été le cas durant ces trois années. J'ai fait sur la base du volontariat

en fonction des personnes qui se sentaient à l'aise sur le fait d'accompagner ou d'animer ». Pour A1, l'engagement des professionnels dans la vie de l'établissement, comme lors des fêtes d'anniversaire des résidents, « ce n'est pas forcément le métier en soi » mais plutôt propre à chaque individu « c'est humain aussi de vouloir ou non accepter de participer à tel ou tel projet, de se sentir concerné ». En conclusion, A1 « aspire à vouloir, dans le futur, avoir cette cohésion d'équipe, d'avoir un soutien et pouvoir fusionner tout corps de métier à ce genre de participation, d'activités qui devraient intégrer tout le monde ».

La deuxième animatrice interrogée sera nommée A2.

A2 travaille en tant qu'animatrice depuis 11 ans. Cela fait 4 ans qu'elle travaille à temps plein dans l'EHPAD où elle est actuellement. Initialement, A2 avait débuté une formation en tant qu'architecte d'intérieur. Elle met à profit cette expérience et cet attrait en s'investissant aujourd'hui dans des projets de réaménagement au sein de l'établissement. Les questions d'aménagement de l'espace sont d'ailleurs des raisons qui amène A2 à coopérer avec l'ergothérapeute.

En tant qu'animatrice, le but de A2 est « d'égayer la journée, de créer du lien entre les personnes ». Cela passe notamment par des activités collectives, qu'elle anime seule ou en binôme avec A3, parfois sur un secteur spécifique et d'autres fois en mélangeant les résidents. A2 souligne également l'importance des moments hors temps d'activité : « c'est hyper important de justement les réunir hors temps d'animation et de créer ces moments-là de convivialité où ils se retrouvent tous ».

En termes d'activités proposées, A2 indique ne pas avoir de limite « si la personne est passionnée de graffiti, on peut très bien faire appel à un graffeur ». Ce sont surtout les souhaits des résidents et les échanges avec eux qui permettent d'élargir les possibilités : « c'est ce qui nous plaît dans notre métier, c'est d'avoir toujours des résidents qui arrivent, qui vont avoir une passion, qui vont avoir envie de faire découvrir ça aux autres. On se plonge là-dedans ».

En ce qui concerne la participation des résidents de façon plus générale, A2 déclare :

Ce qu'on aimerait changer, et [l'ergothérapeute] est d'accord avec nous, c'est que ça ne soit vraiment plus considéré comme un lieu de soins, mais comme un lieu de vie et c'est surtout chez eux, qu'ils appartiennent à ce lieu et qu'ils soient acteurs [...] On aimerait qu'ils participent à la cuisine, qu'ils mettent la table, qu'ils fassent le jardin avec les jardiniers, qu'ils fassent du bricolage avec les gars de la maintenance, qu'ils fassent les lits, le linge. [...] Tout le monde ne va pas avoir envie, ne va pas pouvoir. Mais les personnes qui le souhaitent, qu'elles puissent le faire.

A2 exprime à ce titre qu'elle voudrait faire changer les choses mais « qu'il y a un mur ». Elle a « l'impression qu'on n'est pas assez pour faire bouger les choses ». Néanmoins, son discours se montre optimiste : « ça prend du temps, mais on peut y arriver. Les gens par les petits projets, on embarque de plus en plus de monde avec nous » (A2). L'implication des résidents pour préparer la braderie de l'établissement en est un exemple ([cf. annexe 25](#)).

La troisième animatrice interrogée sera nommée A3.

Depuis 3 ans, A3 travaille dans le même EHPAD qu'A2. Toutes deux se partagent les activités collectives sur les différents secteurs. Néanmoins, A3 réalise également des accompagnements en individuel : « on fait aussi de l'individuel, le mardi après-midi, sur un secteur spécifique, où il y a plus de personnes qui vont moins sortir de chambre ». Pour répondre aux différentes demandes, A3 dispose d'un chariot sur lequel « il y a différents trucs : il y a du cognitif, du manuel, en fonction de ce que la personne a envie de faire ». A3 exprime cependant que « ce n'est pas évident de faire de l'individuel, parce que ça prend beaucoup de temps ». Pour A3, « L'animation, c'est de l'adaptabilité » et « plus on fait des fois des trucs simples ou un peu barrés, et mieux c'est [...] le but, c'est de faire des choses qui sortent du quotidien ». A3 regrette cependant que son métier d'animatrice soit « un peu dans l'ombre » ou qu'il fasse parfois référence à une « vision de l'animation très ancienne ».

Initialement, A3 a un bac dans le domaine de la couture. Ses compétences ont d'ailleurs été mises à profit pour proposer aux résidents de personnaliser des sacs de plage, avec des patchworks de leur prénom et les vendre ensuite sur la braderie organisée par l'établissement deux fois par an dans le jardin de l'EHPAD ([cf. annexe 25](#)).

En ce qui concerne la coopération avec l'ergothérapeute, A3 relève principalement un transfert de compétences. Selon A3 « dans la formation d'animateur, ça manque beaucoup la compréhension des maladies par rapport aux personnes âgées. Parce que l'animation, c'est encore trop basé sur les enfants ». Dans la pratique et sans ces connaissances, A3 fait avec son « instinct et la connaissance de notre public, des personnes qu'on voit tous les jours ». Elle ajoute que l'ergothérapeute « connaît bien la maladie et les petites choses à mettre en place pour pallier leurs difficultés », comme « la bonne façon de communiquer ». Selon A3, davantage de coopération avec l'ergothérapeute pourrait être utile notamment quand il y a des nouveaux résidents pour « qu'elle nous donne des petites astuces » et « qu'on puisse de suite s'adapter ». Enfin, A3 souligne que « les ergos sont autant sur le terrain » que les animatrices mais aussi « des deux côtés », « elle doit gérer les résidents et les salariés ».

2. Analyse horizontale

2.1. Élargir les possibilités occupationnelles

Le point de départ

De nouvelles possibilités occupationnelles peuvent émerger au travers d'échanges entre l'ergothérapeute et les professionnels non soignants. La création d'un espace dédié aux activités en libre-service pour les résidents est un projet issu d'un échange informel entre E2 et les animatrices pendant un temps de pause ([cf. annexe 22](#)). La participation d'une résidente à la distribution du courrier dans l'EHPAD a également été imaginée lors d'un échange entre E3 et d'autres professionnels ([cf. annexe 23](#)).

Notons cependant que ces deux exemples diffèrent par leur approche. Le projet d'aménagement de l'espace a été pensé pour soutenir de façon collective la participation occupationnelle des résidents. En revanche, la distribution du courrier est une réponse individuelle partant de la demande d'une résidente : « c'était une résidente très anxieuse et très en demande d'être utile [...] on a réfléchi un peu, on a discuté avec elle, et l'idée du courrier est venue un peu comme ça » (E3). Enfin, E3 utilise l'ELADEB pour évaluer les difficultés et les besoins subjectifs des résidents. Cette pratique, exprimée uniquement dans cet entretien, favorise également l'émergence de demandes individuelles de la part des résidents.

Selon Egan et Restall (2022), l'approche individuelle permet de répondre aux aspirations uniques d'une personne tandis que l'approche collective permet d'élargir les possibilités occupationnelles pour un plus grand nombre d'individus. Néanmoins, les auteures ajoutent, « le travail accompli auprès de groupes est différent du travail fait auprès d'un individu appartenant à une communauté ; toutefois, il est complémentaire » (Egan et Restall, 2022).

La concertation

Quelle que soit l'approche adoptée, ces deux projets ont été mis en œuvre de façon concertée avec les professionnels concernés. Pour E2, il était en effet important d'impliquer « les aides-soignantes et les ASH parce que c'est quand même leur lieu de travail également, et il fallait qu'on réfléchisse aussi aux contraintes qu'avaient les ASH avec le passage des chariots » (E2). Dans cette perspective, ce que préconise E2 :

C'est de s'intéresser réellement aux métiers des autres gens, à leur charge de travail réelle et à ce qu'ils vivent au quotidien [...] En fait, vivre aussi ce que vivent les autres personnels dans l'établissement, c'est hyper important pour deux choses. Déjà,

pour pouvoir collaborer, il faut savoir ce que ton collègue fait, parce que si tu ne sais pas, c'est quand même compliqué de collaborer et ensuite, nous, derrière, ça nous permet aussi de nous rendre compte de ce qui est faisable et ce qui n'est pas faisable.

La concertation fait aussi partie des pratiques professionnelles d'E3, notamment « quand quelqu'un souhaite quelque chose qui n'existe pas ou qui n'est pas fait » (E3). Lorsque la situation se présente, E3 « va aller voir les personnes qui sont concernées, qui ont l'habitude de faire ça, pour avoir leur accord, pour avoir leur organisation » (E3). Au-delà de prévenir les personnes concernées, cette concertation lui permet donc également de recueillir le consentement des professionnels, de connaître leur organisation, d'identifier collaborativement des modalités d'action et de se répartir les tâches. Voici comment E3 expose cette démarche auprès d'un autre professionnel : « J'ai cette personne qui aimerait faire ça. Comment selon toi je peux faire pour transmettre l'info ? Est-ce que c'est toi qui la transmets ? Est-ce que c'est moi ? ». Pour E3, cette coopération permet de co-construire une réponse individuelle dans laquelle chaque professionnel trouve une place spécifique : « ça dépend tellement des situations, des résidents, que forcément, on s'adapte à chacun. Chacun va avoir une place différente » (E3).

L'officialisation

Les différents exemples relatés par E3 permettent de constater que l'élargissement des possibilités occupationnelles pour les résidents passe en amont par une validation hiérarchique. L'exemple ci-après, extrait de l'entretien d'E3, expose sa démarche :

On a un monsieur [...] qui aime beaucoup bricoler [...] mon rôle sur cette situation là, ça a plutôt été de prévenir au staff de direction [...] prévenir à ce que déjà, tout le monde ait l'air d'être d'accord pour que quelque chose soit mis en place.

Parmi les moyens utilisés pour coopérer, E3 s'appuie notamment sur des réunions quotidiennes : « tous les matins, on a un staff de direction avec chaque représentant de chaque pôle donc les grosses décisions peuvent être prises à cette réunion-là ». Le projet personnalisé du résident est également mentionné par E3 :

En EHPAD, on a une obligation légale, c'est que chaque résident ait un projet personnalisé [...] avec la liste des objectifs qui le concernent. Bien évidemment, ça c'est le genre de chose qui est inscrit automatiquement dans le projet personnalisé (E3).

A1 et E2 participent également aux réunions pluridisciplinaires dans le cadre des projets personnalisés des résidents. Cette pratique n'est en revanche pas mentionnée par E1. A2 déclare

ne pas être conviée à ces réunions mais que cette situation lui convient. En revanche, A3 pense que davantage de réunions serait nécessaire pour impulser des changements.

Dans son étude, Mondaca et al. (2020), avait relevé que l'absence d'échanges officiels, au travers d'un lieu et de temps dédiés, peut freiner le développement d'une culture professionnelle plus orientée vers la promotion de l'occupation. L'officialisation, par la prise de décisions en réunion et l'inscription de celles-ci dans le projet personnalisé, peut ainsi représenter un levier.

La diversité des compétences

La diversité des compétences des professionnels représente une ressource pour élargir les possibilités occupationnelles. Ce levier a d'ailleurs été constaté dans les six entretiens réalisés. Pour E3 par exemple : « l'homme de maintenance [...] il apporte les connaissances [...] si on veut construire vraiment quelque chose de nos mains, lui, il sait faire [...] pareil pour le jardinage, il aide beaucoup ».

Au-delà des postes occupés et des compétences associées, les entretiens avec A2 et A3 mettent également en lumière que leurs compétences issues d'expériences antérieures, dans le domaine de l'architecture et de la couture, ont été mises à contribution pour soutenir la participation occupationnelle des résidents. Ces résultats confirment les propos de Mondaca et al. (2020) qui indiquent que la diversité des compétences des professionnels travaillant en EHPAD représente une ressource pour « offrir une vie quotidienne enrichissante aux résidents » [traduction libre] (Mondaca et al., 2020).

2.2. Orienter vers les possibilités occupationnelles

Les résultats de cette recherche indiquent également que les ergothérapeutes travaillant en EHPAD peuvent s'appuyer sur les possibilités proposées par les autres professionnels pour répondre aux attentes des résidents (E1, E2 et E3).

Les thérapeutes et les intervenants extérieurs

La diversité des profils est identifiée comme une ressource : « on a quand même beaucoup de thérapeutes qui viennent sur place et qui peuvent proposer des activités assez variées pour essayer de répondre le plus possible aux différentes activités de loisir que peuvent aimer les résidents » (E2).

Les animatrices

En plus des thérapeutes, les activités proposées par les animatrices représentent également des possibilités occupationnelles supplémentaires pour les résidents. Ces activités

sont planifiées sur la semaine : « du lundi au vendredi, aussi bien le matin que l'après-midi, je proposais une activité » (A1). Elles offrent aux résidents qui le souhaitent des possibilités variées : « ça peut être différentes activités, aussi bien des activités d'équilibre, des activités sur la motricité, des ateliers mémoire éventuellement, des ateliers créatifs sur différentes thématiques » (A1). Enfin, ces activités sont majoritairement réalisées en collectif « c'étaient plutôt des groupes entre 10 et 25 personnes » (A1). Pour A2 et A3, le fait d'être deux animatrices leur permet également de répondre à des demandes individuelles : « le mardi est dédié à de l'individuel en chambre » (A3). Pour les ergothérapeutes (E1, E2 et E3), les activités proposées par ces professionnels permettent d'élargir les possibilités occupationnelles des résidents. Contraint par un manque de temps dans sa pratique, ces activités sont identifiées comme un levier par E1 : « en termes d'activités purement occupationnelles, je n'en faisais pas tant que ça [...] L'animatrice faisait un petit peu plus parce qu'elle avait le temps ». Pour E3, ces possibilités lui permettent d'orienter les résidents :

Je peux juste réorienter vers le professionnel qui est dédié à ça [...] c'est plus simple au niveau organisationnel de dire, j'ai telle et telle personne, il n'y a pas d'adaptation à prévoir, les personnes veulent juste jouer à la belote.

Cette stratégie permet à E3 de pouvoir se concentrer « sur une autre personne qui là, a peut-être plus besoin d'ergothérapie pour la réalisation de ce qu'elle souhaite faire ».

Les ASH et le personnel des services généraux

En ce qui concerne les autres professionnels salariés pour répondre au socle de prestations minimales en EHPAD, leur engagement individuel en faveur de la participation occupationnelle des résidents a été mis en avant par plusieurs des personnes interrogées (E2, A1). E2 se dit, à ce titre, chanceuse d'avoir « une équipe dynamique et qui a beaucoup d'idées ». Selon elle, beaucoup de professionnels non soignants souhaitent s'impliquer davantage auprès des résidents en allant au-delà des missions qui leur sont confiées par l'établissement : « Il y a pleins de professionnels qui ne sont pas forcément dans le médical ou dans le paramédical, qui veulent s'impliquer autrement que juste faire leur taf de base [...] et partager du temps avec les résidents ». Dans sa pratique, elle peut par exemple réaliser des ateliers thérapeutiques avec le jardinier qui « s'est formé pour accompagner les personnes avec des troubles cognitifs. » (E2). Au cours de l'échange, E2 évoque également la proposition d'une personne en charge de l'entretien du linge « qui voulait faire un atelier de pliage de linge avec les résidents » et souligne « trop bien que l'idée vienne d'elle et pas de nous parce qu'en fait, nous, on a plein d'idées, mais quand ça ne vient pas des gens, les gens ne s'impliquent pas

pareil » (E2). Enfin, des initiatives similaires ont également été constatées par A1 dans l'établissement où elle travaille : « de temps en temps, les ASH, les personnes qui entretiennent les locaux, ou qui peuvent dresser la table, proposaient des pliages de serviettes » (A1).

Faces à ces initiatives, des limites sont néanmoins mentionnées. E2 décrit ainsi : « les ASH, ils vont mettre la table à 10h du matin. [...] Et en fait, c'est quelque chose qu'ils ne font pas avec les résidents ». A3 constate également : « c'était parti d'une résidente [...] au moment du goûter, elle voulait aider, pousser le chariot, on lui a dit : non, ce n'est pas à vous de le faire ». « L'hygiène » (A2) et le « rendement » des cadences professionnelles (A3) sont aussi identifiés comme des facteurs limitant l'engagement de certains professionnels non soignants en faveur de la participation occupationnelle des résidents. Ces limites coïncident avec les éléments présents dans la littérature (French, 2002 ; Palacios-Cena et al., 2015).

Qu'il s'agisse des thérapeutes, des animateurs ou bien d'initiatives d'autres professionnels non soignants, l'ergothérapeute peut dans sa pratique s'appuyer sur les possibilités occupationnelles existantes pour soutenir la participation occupationnelle des résidents. Dans cette configuration et selon le MCPO, l'accès à la participation occupationnelle est directement permis par l'implication des autres professionnels de l'établissement. Le rôle de l'ergothérapeute sera davantage de permettre aux résidents d'initier leur participation en les orientant vers les possibilités occupationnelles existantes et en adaptant, si besoin, leur participation.

2.3. Maintenir la participation occupationnelle

Couvrir dans l'espace

Afin de « couvrir une surface de terrain et couvrir un nombre de résidents » (E2), certains professionnels interrogés (E2, E3, A2 et A3) décrivent comment leur emploi du temps est synchronisé avec les autres professionnels, notamment les animatrices, dans le but de répondre à un maximum de demandes. L'entretien avec E2 met en effet en lumière une logique de répartition spatiale des professionnels : « comme elles sont deux [animatrices], elles font chacune un secteur. [...] moi, en attendant, je tourne sur des prises en charges individuelles ou bien je suis au PASA » (E2). Dans cette logique les professionnels limitent le travail en binôme : « au lieu de faire des trucs à deux, on fait des trucs tout seul pour couvrir un maximum » (E2). Néanmoins, E2 regrette que cette stratégie lui donne aussi l'impression de travailler « un peu chacun de notre côté, et qu'on n'est pas tous en lien ». Cette organisation repose sur des temps d'échanges : « tous les quinze jours, on a une réunion : animatrice, psychologue et ergo » (E3)

et « des plannings par secteur » (E2). E2 souligne à ce propos : « c'est une sacrée organisation, mais on arrive à s'en sortir parce que je pense qu'il y a une bonne communication entre nous, il y a une bonne entente ». Enfin, en tant que seule ergothérapeute dans la structure, cette coopération représente pour E3 un levier : « je ne peux pas être partout sur tous les fronts, je ne peux pas être sur 80 personnes ». Par ailleurs, les trois animatrices interrogées (A1, A2 et A3) déclarent que la présence de l'ergothérapeute, n'est nécessaire que de façon ponctuelle. Pour A1, l'ergothérapeute apporte un soutien, notamment par la mise en place d'aides techniques qui permettent à certains résidents de participer aux activités qu'elle propose. Pour A3, l'ergothérapeute apporte également des conseils pour adapter ses consignes et ses activités aux capacités des résidents.

Couvrir dans le temps

En ce qui concerne le maintien de la participation dans le temps, deux des ergothérapeutes (E2 et E3) et les trois animatrices interrogées se questionnent sur la continuité de leurs actions en dehors de leur temps de présence : « on n'est pas dans un monde idéal et moi, je suis là du lundi au vendredi, je ne suis pas là du week-end, on a aussi nos heures de travail » (E3). Cependant, les stratégies adoptées ou envisagées pour y répondre diffèrent. A1 anticipait par exemple son départ : « pendant mes congés également, je réalisais des plannings adaptés en donnant [...] des explications aux aides-soignantes pour qu'elles puissent prendre le relais ». D'autres professionnels réinterrogent quant à eux leur contrat de travail, comme E2 : « est-ce qu'[...] on ne reréfléchirait pas à nos contrats [...] pour qu'il y ait au moins une animatrice ou une ergo [...] le week-end ». Enfin, pour E3 c'est davantage l'implication des autres professionnels qui permet de compenser ses absences : « on est obligé de collaborer avec toutes les personnes qui sont présentes parce que sinon il va y avoir des couacs, des manquements, la continuité elle ne va pas se faire ». Selon elle, « plus il y a de personnes impliquées, plus [...] on est sûr qu'il y en a d'autres qui vont pouvoir prendre le relais ». Son but c'est « que tout le monde se sente concerné ». L'exemple de la résidente qui distribuait le courrier au sein de l'EHPAD, relaté par E3, illustre cette stratégie :

Ça a été décidé en réunion au Staff, ça a été discuté en réunion pluridisciplinaire avec toutes les équipes pour que tout le monde soit au courant et que tout le monde soit attentif au début à ce que l'habitude se fasse et que ça ne soit pas oublié, après, ça a été inscrit dans son projet personnalisé et puis ça roulait.

Néanmoins, E3 reconnaît que le turnover des équipes représente une limite :

On va peut-être travailler avec des équipes sur l'organisation pour que telle personne puisse [...] mettre la table. Il suffit que ce soit un week-end ; moi, je ne suis pas là. La plupart des rééducateurs ou personnes administratives ne sont pas là, si c'est des remplaçants, et bien ça ne se fait pas.

2.4. Clarifier son identité professionnelle en tant qu'ergothérapeute

Une responsabilité partagée

À la question (cf. [annexe 15](#)) « selon vous, quels professionnels sont responsables de la participation occupationnelle des résidents ? » les réponses de E1 et E3 convergent. Selon E1, « ça pourrait être intéressant d'avoir cet aspect de coordinateur des activités thérapeutiques » puisque l'ergothérapeute a « un peu la double casquette » qui lui permettrait de « faire du lien entre les soignants et les non soignants ». Cette place spécifique se retrouve également dans l'entretien de A3 et fait écho aux propos de Meyer (2010) : « l'ergothérapie est une profession aux confins de la santé et du social ». Malgré cette particularité, pour E1 « tous les professionnels sont responsables ». La réponse de E3 va également dans ce sens : « on pourrait presque me mettre comme référente, mais honnêtement, on est tous responsables ».

Par ailleurs, à la question (cf. [annexe 16](#)) : « selon vous, quels professionnels sont responsables des activités proposées aux résidents ? », A1 répond que l'animateur est « le premier à être responsable des animations [...] c'est lui qui coordonne les activités, le chef d'orchestre ». Selon A3, les animateurs parce qu'ils sont « en contact tout le temps » avec les résidents et « sur le terrain » sont également responsables des activités proposées aux résidents.

Face à ces réponses, deux analyses peuvent être proposées. La première est que la participation occupationnelle des résidents est un objectif partagé entre les ergothérapeutes (E1 et E3) et les animatrices (A1 et A3). La seconde concerne la difficulté rencontrée pour définir le concept de participation occupationnelle auprès de professionnels qui n'y sont pas initiés. Le terme d'activité ne peut en effet, à lui seul, recouvrir l'ensemble du concept de participation occupationnelle.

Un risque de confusion

Les trois ergothérapeutes interrogés expriment des difficultés pour clarifier leur identité professionnelle aux yeux des autres professionnels.

E1 et E3 expriment tous deux un risque de confusion avec les missions confiées aux animatrices. E1 décrit ainsi : « je ramène toujours à ma fiche de poste. [...] Ce n'est pas écrit

que je dois être animateur ». Pour E3, l'ergothérapeute, « ne peut pas tout faire. [...] c'est un risque à ce qu'on identifie l'ergo comme un animateur ».

Pour E1 et E2, ce qui différencie leurs pratiques avec celles des animatrices, c'est l'objectif thérapeutique : « quand on va faire une activité à une personne, c'est qu'on a un objectif thérapeutique. On attend quelque chose de cette activité. Que ce soit pour l'évaluer, pour maintenir ses capacités » (E2). Ces propos font écho à une approche occupationnelle basée sur l'occupation. Dans cette acceptation, l'occupation est alors présentée comme un moyen d'évaluation et d'intervention (Fisher et Marterella, 2019).

Une clarification

Néanmoins, pour E3, la coopération avec les autres professionnels de l'établissement est un moyen pour clarifier son rôle en tant qu'ergothérapeute et délimiter son champ d'actions. L'extrait suivant relate l'expérience d'E3 à ce propos :

Ergothérapeute, autant te dire que tu passes ta journée à réexpliquer ce que t'es censé faire. Parce que les gens ne savent pas ce que c'est. Et collaborer, ça permet de réexpliquer ce qu'on est censé faire, ce qu'on n'est pas censé faire aussi. Parce que par exemple, ça arrive vite qu'en EHPAD, l'ergo, il fasse des activités pour faire des activités et il répare tout ce qu'il y a à réparer parce que c'est un technicien... Non, pas du tout. Pouvoir collaborer, ça permet aussi aux gens qui ne me connaissent pas de dire : « Tu vois, mon métier, je vais évaluer la situation, je vais évaluer les capacités et je vais faire en sorte qu'ils puissent faire ce qu'il veut faire ».

Les mots utilisés par E3 pour communiquer sur sa profession renvoient ici à une approche occupationnelle centrée sur l'occupation. Cela signifie une approche où l'occupation se situe au centre du raisonnement professionnel (Fisher et Marterella, 2019).

3. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche

L'objectif de cette recherche était de répondre à la problématique suivante :

En quoi la coopération avec les professionnels non soignants peut être un levier pour les ergothérapeutes travaillant à l'échelle du mésosystème pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents en EHPAD ?

Trois hypothèses de recherche avaient été émises afin de répondre à cette problématique :

Hypothèse 1 : la coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants de l'EHPAD permet à l'ergothérapeute d'identifier des possibilités occupationnelles pour les résidents ;

Hypothèse 2 : la coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants de l'EHPAD permet de clarifier les rôles de chaque professionnel en ce qui concerne la participation occupationnelle des résidents ;

Hypothèse 3 : la coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants de l'EHPAD permet le maintien de la participation occupationnelle des résidents en dehors du temps de présence de l'ergothérapeute.

3.1. Hypothèse 1

Dans sa pratique, l'ergothérapeute peut orienter les résidents vers des possibilités occupationnelles proposées par certains professionnels non soignants, notamment les animatrices (E1, E2 et E3). Il peut également coopérer avec des professionnels non soignants pour élargir les possibilités occupationnelles. Cette coopération peut débuter par des échanges informels (E2) puis se co-construire par le biais d'une concertation partagée (E2 et E3).

L'hypothèse 1 est alors validée.

3.2. Hypothèse 2

La coopération avec les professionnels non soignants permet à E3 de clarifier son identité professionnelle en tant qu'ergothérapeute. Selon E2, la coopération a également permis de faire évoluer le rôle des animatrices. Cependant, l'expression d'un point de tension concernant la répartition des rôles vis-à-vis de la participation occupationnelle des résidents était l'un des indicateurs définis pour valider l'hypothèse 2 et celui-ci n'a été relevé que par les trois ergothérapeutes interrogés (E1, E2 et E3). La participation des résidents aux activités faisant

partie de leurs missions, les trois animatrices interrogées n'ont quant à elles pas exprimé de difficulté (A1, A2 et A3). L'expérience d'autres professionnels dont les missions officielles s'éloignent davantage de la participation occupationnelle des résidents n'ayant pas pu être observée, l'hypothèse 2 ne peut être validée intégralement.

L'hypothèse 2 est donc partiellement validée.

3.3. Hypothèse 3

Bien que des freins aient été soulevés, notamment le turnover des équipes (E1 et E3), la coopération favorise l'engagement des professionnels non soignants dans le maintien de la participation occupationnelle des résidents en dehors du temps de présence de l'ergothérapeute (E3). Par ailleurs, les trois animatrices interrogées déclarent que la présence de l'ergothérapeute, n'est nécessaire que de façon ponctuelle dans le cadre des activités qu'elles proposent.

L'hypothèse 3 est alors validée.

Chapitre 6 : Discussion

1. Nouveaux apports

1.1. Les professionnels : une ressource pour appréhender la signification

Les entretiens réalisés auprès des trois ergothérapeutes ont fait émerger des résultats inattendus. E1, E2 et E3 sont unanimes : les autres professionnels sont une ressource pour appréhender le sens que revêt l'occupation pour le résident. Cela concerne principalement les professionnels qui « gravitent autour du résident » (E1). Comme l'exprime E3 : « parce qu'ils les voient tout le temps, les week-ends, la nuit, la journée, ils vont relever des choses ». Ces informations vont à la fois concerner les souhaits des résidents en matière de participation mais également permettre à l'ergothérapeute « d'avoir un feedback sur ce qui s'est passé et de pouvoir peut-être réajuster ton activité » (E1). Les propos d'E2 confirment également ce résultat :

Les aides-soignantes [...] elles vont pouvoir repérer des fois des activités de loisirs qui plaisent aux résidents que moi je n'ai pas forcément pu identifier auparavant. Et il y a quand même aussi un retour avec les aides-soignants de comment s'est passée l'activité, qu'est-ce qui a fonctionné, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné.

Le psychologue est également un professionnel identifié par plusieurs des personnes interrogées (E1 et A1) comme une ressource pour mieux appréhender la signification d'une occupation pour un résident. Pour A1, « c'est à travers leur projet personnalisé [...] c'est le travail de la psychologue qui demande les souhaits ou les attentes et puis je me base sur ça et j'essaye de répondre à travers une activité ».

1.2. Les ergothérapeutes et animateurs : une coopération étroite

Les entretiens réalisés auprès des trois animatrices mettent en lumière que ces trois professionnelles partagent certaines valeurs de l'ergothérapie et notamment que « l'occupation est un élément déterminant du bien-être et de la santé » (ACE, 2002b). C'est ce qu'illustre A1 lorsqu'elle exprime apprécier : « qu'à travers une activité ou à travers quelque chose qui lui a plu tout au long de sa vie, je peux adapter ça et lui permettre de continuer cette activité et de lui procurer du plaisir ».

Ce rapprochement se retrouve également dans le discours des ergothérapeutes. Pour E3, la coopération avec l'animatrice ne présente pas de difficulté car la participation des résidents, « c'est presque l'essence de son métier ».

E2 exprime également :

Les animatrices, elles sont vraiment dans une dynamique, pour moi, c'est un peu des ergo bis, on va dire, dans le sens où elles sont très axées sur les activités de la vie quotidienne [...] elles sont très preneuses de conseils et d'indications de la part de la psychomot ou de moi-même, notamment sur tout ce qui est accompagnement des gens qui ont des troubles cognitifs [...] elles sont très ouvertes sur tout ce qui va être Montessori, des trucs comme plier du linge, préparer le goûter, laver les tasses, des activités qui ressemblent plutôt à ce que les gens faisaient chez eux et elles essayent de mettre du sens dans tout ce qu'elles font. Donc, elles font vraiment un super travail [...] elles essayent toujours de trouver des activités qui correspondent aux résidents et d'être à l'écoute aussi de ce qu'ils demandent.

E2 ajoute à ce titre que « c'est par aussi le regard de l'ergo et de la psychomot qui leur apportent des connaissances et il y a un peu une formation par rapport à ça qui leur permet aussi de revoir un petit peu leurs ateliers ». Ce transfert de connaissances et de compétences est en effet exprimé par les trois animatrices interrogées.

Lorsque A1 a débuté en tant qu'animatrice, elle n'avait pas de connaissance sur le matériel adapté, elle demandait donc à l'ergothérapeute « de l'aide ou simplement comment on pouvait utiliser telle ou telle chose pour que la personne qui est installée au fauteuil puisse participer et se sentir à l'aise ».

Selon A3, dans sa formation « l'animation, c'est encore trop basé sur les enfants ». Elle exprime ainsi : « quand on a des nouvelles personnes qui arrivent, il y a un temps d'adaptation. Après, on y arrive, on se documente et on demande à l'ergothérapeute. Mais parfois, sur la première fois, on est complètement démunis » (A3). A3 explique ensuite en quoi la coopération lui a permis d'adapter ses activités : « parfois on n'a pas les bonnes consignes, les bons mots, la bonne façon de communiquer notre consigne. Ça, elle nous a beaucoup appris là-dessus ». Les conseils de l'ergothérapeute lui ont également permis d'adapter les groupes auprès desquels elle intervenait. Au lieu de faire « des gros groupes pour toucher le maximum de personnes » (A3), l'ergothérapeute lui a en effet conseillé de « faire juste une demi-heure avec 3-4 personnes puis reprendre un autre petit groupe pendant une demi-heure » (A3).

Ainsi, bien que A3 regrette que « la compréhension des maladies par rapport aux personnes âgées » ait manqué dans sa formation initiale, les entretiens réalisés (E3, A1, A2 et A3) mettent en exergue un transfert de connaissances et de compétences entre les ergothérapeutes et les animateurs. Nous pouvons également penser que ce besoin de formation complémentaire soit également ressenti par les autres professionnels non soignants qui

souhaitent s'investir auprès des résidents. Le jardinier avec lequel E2 coopère et qui s'est formé « pour accompagner les personnes avec des troubles cognitifs » (E2) en est un exemple. Enfin, ajoutons que la formation des professionnels sur ces thématiques fait en effet partie des missions professionnelles confiées à E2 et à E3, notamment auprès des professionnels soignants : « ça va être aussi beaucoup de formations soignants, sur comment prendre en charge des personnes, comment s'adapter à leurs troubles, que ce soit troubles cognitifs, troubles anxieux » (E3). Enfin, davantage de formations sur l'accompagnement des troubles psychiatriques est également un besoin ressenti par les professionnels soignants travaillant en EHPAD (DREES, 2016).

1.3. La coopération avec les professionnels soignants

Cette recherche n'était pas axée sur les professionnels soignants. Néanmoins, au cours des entretiens, les six professionnels interrogés ont mis en avant les difficultés qu'ils rencontraient pour coopérer avec certains professionnels soignants.

Pour E2, bien que des engagements individuels existent, « le non-investissement des soignants » représente un frein. E1 et E3 citent quant à eux les difficultés liées au turnover des équipes.

Par ailleurs, les trois animatrices interrogées décrivent en quoi leurs actions peuvent être limitées par l'organisation institutionnelle. A3 explique en effet « on est bloqués aussi par le soin, par les horaires ». Pour A3 : « on ne trouve pas de solution, ou c'est trop tôt, ou c'est trop tard et eux, ils sont en pleine toilette ». A1 partage également l'une de ses expériences : « j'ai souhaité mettre en place une journée idéale. À chaque fois, je ciblais un résident [...] Et parfois non, ça ne fonctionnait pas, parce que ça ne rentrait pas dans le quotidien ou dans le déroulement de certaines équipes ».

À l'inverse, cette organisation semble également représenter une contrainte pour les professionnels soignants qui souhaitent s'investir différemment auprès des résidents. L'extrait de A2 illustre cette discordance des emplois du temps : « on a une aide-soignante qui voulait participer [...] mais ça été compliqué, pareil par rapport à ses pauses, à son temps de travail, elle n'a pas pu ». E3 relate également l'expérience d'une soignante qui propose « sur ses temps de repos » des ateliers de peinture aux résidents. Ce dernier exemple fait écho à l'approche clandestine décrit par Mondaca et al. (2020).

En 2016, une étude de la DREES sur les conditions de travail des soignants d'EHPAD parlait de « travail empêché ». Cette notion a ainsi été utilisée pour définir « un travail qui ne peut être mené à bien du fait des contraintes de l'organisation » (DREES, 2016). Cette même

étude (DREES, 2016) explique en effet en quoi les conditions de travail des professionnels soignants se sont transformées en raison de l'accueil de résidents de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants :

Si l'accompagnement de personnes âgées dans les gestes de la vie quotidienne a toujours été le cœur du métier soignant en EHPAD, les missions des professionnels se sont au fil du temps davantage concentrées sur des tâches de soin, de nursing et d'hygiène de base au détriment, en proportion, de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des capacités.

L'étude de French (2002) suggère à ce titre que les professionnels soignants travaillant au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées rencontrent eux-mêmes des formes d'injustices occupationnelles. L'auteure explique en effet que la nature et la répétitivité des tâches réalisées peuvent priver les infirmières de certains aspects de leur rôle de soignante (French, 2002). Les professionnels interrogés par Mondaca et al. (2020) confirment également ce résultat. L'organisation institutionnelle leur impose de se concentrer avant tout sur les soins et leur laisse moins de place pour l'accompagnement des résidents dans la réalisation d'autres activités de la vie quotidienne (Mondaca et al., 2020).

Enfin, les outils et moyens utilisés pour organiser le travail des professionnels semblent également limiter la coopération entre les équipes soignantes et non soignantes. Bien que ce frein n'ait pas été relevé par les animatrices interrogées, E1 mentionne que le logiciel métier ne permet pas aux professionnels non soignants d'accéder aux mêmes informations concernant les résidents. E2 décrit quant à elle que l'utilisation du logiciel ne fait partie des habitudes de travail des professionnels non soignants. Par ailleurs, l'expérience de A1 relate également d'autres difficultés : « il y avait des transmissions. J'assistais quand je pouvais parce que pareil, ce n'était pas forcément aux bons horaires, au bon moment. On ne m'englobait pas forcément dans ces réunions donc c'était dur pour moi d'intégrer ces réunions ».

Ces nouveaux résultats indiquent que les occasions d'un engagement réciproque et partagé entre les professionnels soignants et non soignants en faveur de la participation occupationnelle des résidents semblent être limité par l'organisation des établissements.

2. Biais et limites de la recherche

2.1. Biais

Les résultats de ce travail peuvent être influencés par plusieurs biais. Le premier biais est celui de l'induction. En effet, en raison du nombre limité d'observations, les résultats de cette recherche ne peuvent être généralisés. Les informations recueillies sont issues des expériences personnelles des trois professionnels interrogés. Ainsi, les données collectées ne permettent d'approcher que de façon partielle le sujet traité.

Le second biais concerne le profil des professionnels non soignants interrogés. En raison des missions professionnelles qui leur sont confiées, les animatrices sont en effet directement concernées par la participation occupationnelle des résidents au travers des activités qu'elles sont amenées à proposer. Cependant, lors des entretiens le terme d'occupation a volontairement été remplacé par le terme activité afin de faciliter la compréhension des questions. Bien que des précautions aient été prises en début d'entretien pour définir ce vocabulaire, des confusions sémantiques peuvent néanmoins émerger.

Enfin, un troisième biais peut également être mentionné, il s'agit du biais de désirabilité sociale. Les entretiens réalisés auprès des trois animatrices ont en effet été permis par l'intermédiaire des premiers ergothérapeutes interrogés. A2 et A3 ont également été interrogées simultanément. Ainsi, les relations que ces différents professionnels entretiennent peuvent limiter la libre expression de chacune des personnes interrogées.

2.2. Limites

Cette recherche comporte également deux limites principales. La première concerne la sous population des professionnels non soignants. La méthode de proche en proche (Blanchet et Gotman, 1992) ne nous a en effet pas permis de diversifier les profils des participants. Ainsi, bien que trois animatrices aient pu être interrogées, ces trois entretiens ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population des professionnels non soignants. D'autres recherches sont donc nécessaires pour approfondir la coopération entre l'ergothérapeute et les autres catégories de professionnels non soignants.

Enfin et puisque le MCPO indique que le niveau de satisfaction à l'égard de la participation occupationnelle ne peut être apprécié que de façon subjective en écoutant attentivement le point de vue de la personne (Egan et Restall, 2022), d'autres recherches, allant à la rencontre des résidents, sont également indiquées.

3. Perspectives

La littérature indique en quoi la participation occupationnelle des résidents est étroitement liée à l'engagement des professionnels travaillant au sein des EHPAD (French, 2002 ; Mondaca et al., 2020 ; Palacios-Cena et al., 2015).

Les résultats de ce travail mettent en avant plusieurs leviers pour soutenir la participation occupationnelle des résidents. La coopération de l'ergothérapeute avec les professionnels non soignants permet en effet d'identifier de nouvelles possibilités occupationnelles (hypothèse 1). Elle favorise également le maintien de la participation dans le temps (hypothèse 3).

Néanmoins, l'engagement des professionnels auprès des résidents, qu'ils soient soignants ou non, peut être freiné de plusieurs façons.

Les professionnels peuvent se sentir insuffisamment formés pour accompagner les résidents présentant des troubles cognitifs ou psychiatriques (DREES, 2016). Ce manque de formation initiale a également été soulevé par A3. Ainsi, le soutien des professionnels par le biais de la formation semble être une première piste.

De plus, cette recherche souligne que les horaires de travail et les outils professionnels utilisés limitent la coopération entre les professionnels soignants et non soignants en faveur de la participation occupationnelle des résidents. Engager une réflexion sur l'organisation de ces établissements et permettre des temps de concertation et d'engagement partagés entre les professionnels soignants et non soignants semblent être une seconde piste. La mise en évidence de telles pratiques pourrait inspirer les ergothérapeutes souhaitant s'engager dans ce sens.

Enfin, rappelons que la participation occupationnelle ne peut être appréhendée sans prendre en compte la signification, c'est-à-dire le sens que revêt l'occupation pour le résident. Ainsi, l'utilisation d'un outil, permettant à l'ergothérapeute de mesurer le niveau de satisfaction des résidents à l'égard de leur participation occupationnelle, apparaît nécessaire. Par ailleurs, cet usage permettrait de souligner l'impact de l'approche occupationnelle sur la santé et le bien-être des résidents.

Conclusion

Selon le MCPO, l'ergothérapeute soutient la participation occupationnelle des personnes qu'il accompagne en prenant en compte la signification de l'occupation et en analysant les facteurs des contextes micro, méso et macro qui limitent ou élargissent les possibilités occupationnelles (Egan et Restall, 2022).

Au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, l'ergothérapeute peut appréhender la signification en allant à la rencontre des résidents tout en restant à l'écoute des professionnels avec lesquels il coopère.

Par ailleurs, les EHPAD sont des environnements occupationnels spécifiques au sein desquels résidents et professionnels interagissent de façon interdépendante, notamment au travers des activités de la vie quotidienne (Mondaca et al., 2020). Cette spécificité invite les ergothérapeutes à inscrire leur pratique à l'échelle du mésosystème et à y relever les freins et les leviers existants.

Les résultats de cette recherche indiquent que la coopération avec les professionnels non soignants est à ce titre un levier disponible pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents. Les professionnels non soignants représentent en effet une ressource pour identifier et élargir les possibilités occupationnelles existantes pour les résidents. Ils facilitent également le maintien de leur participation dans le temps. La coopération avec les animatrices en est un exemple. Ainsi, en s'inscrivant à l'échelle du mésosystème la pratique ergothérapique permet de soutenir la participation occupationnelle des résidents.

Cependant, des freins ont également été mis en avant. Le turnover et les routines institutionnelles en font partie. Cette recherche souligne également que la coopération entre les professionnels soignants et non soignants, en faveur de la participation occupationnelle des résidents, se trouve limitée par l'organisation des établissements.

Ces constats sont partagés au niveau international et les ergothérapeutes sont appelés à s'engager pour jouer un rôle de catalyseur et soutenir un changement de culture au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées (Rafeedie et al., 2018).

L'ergothérapie est une profession située à la rencontre des résidents et des professionnels, qu'ils soient soignants ou non soignants. Cette spécificité professionnelle semble alors représenter un atout pour initier, par le biais de la coopération, de tels changements en faveur de la participation occupationnelle des résidents.

Bibliographie

- Agence du numérique en Santé. (2025). *ANS tableau des populations RPPS*
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ans_tableau-des-populations-rpps.pdf
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2018). *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf
- American occupational therapy association. (2017). Vision 2025. American Journal of Occupational Therapy, 71, 7103420010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.713002>
- Annexe 2-3-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. (J.O du 8 juillet 2010).
- Article D312-155-0 du Code de l'action sociale et des familles.
- Article D312-155-0-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- Article D312-155-0-2 du Code de l'action sociale et des familles.
- Article D313-15 du Code de l'action sociale et des familles.
- Article D313-24-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- Article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2002b). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (2^{ème} éd).
- Association nationale française des ergothérapeutes. (2019). *Les règles professionnelles des ergothérapeutes*. <https://anfe.fr/regles-professionnelles/>
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan.

- Bor, C. (2023). Les EHPAD sont des micro-communautés : comment une pratique communautaire de l'ergothérapie permet de promouvoir la santé et le bien-être des résidents. *ErgoThérapies*, 91, 7-15.
- Boué, M., Chaput, J., Congy, J., Mullner, P. et Wicky, L. (2023). Chapitre 3. Adopter une démarche éthique tout au long de la recherche qualitative en santé. Les recherches qualitatives en santé (p. 84-110). Armand Colin.
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. Recherche en soins infirmiers, 94(3), 28-41. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0028>.
- Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs*. Fayard.
- Da Costa Amorin, D. (2021). L'engagement au sein du paradigme occupationnel des ergothérapeutes diplômés sous l'arrêté du 5 juillet 2010 et exerçant en EHPAD : Entre facilitateurs et obstacles. [Mémoire de DE en Ergothérapie]. Institut de Formation en Ergothérapie La Musse.
- Darawsheh, W. et Chard, G. (2015). Towards culturally competent professional practice: exploring the concepts of independence and interdependence. https://www.researchgate.net/publication/274371007_Towards_culturally_competent_professional_practice_exploring_the_concepts_of_independence_and_interdependence
- Delaissé, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., et Morel-Bracq, M.-C. (2022). L'ergothérapie en France : une perspective historique. De Boeck Supérieur.
- Delchambre, N., Lefevre, M.-R. et Ligot, A. et Mainjot, N. et Marlière, M.-F. et Mathieu, M. (2008). *Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain* (3e éd). De Boeck université.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. Drees.solidarites-sante.gouv.fr. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (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*. Drees.solidarites-sante.gouv.fr <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023). *L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)*. Data.drees.solidarites-sante.gouv.fr. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/587_1-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2024). *La démographie des professionnels de santé depuis 2012. Ergothérapeutes ADELI 2012-2024*. Data.gouv.fr. <https://www.data.gouv.fr/api/1/datasets/r/ae58f9dc-1205-4139-953f-617c9d26e2e6>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *Établissements d'hébergement pour personnes âgées : des résidents aussi âgés et autant en perte d'autonomie qu'en 2019, mais moins nombreux Premiers résultats de l'enquête EHPA 2023*. <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-11/ER%201351%20EHPA-MEL.pdf>
- Drolet, M. (2022). Qu'est-ce que la justice occupationnelle intergénérationnelle ? *Canadian Journal of Bioethics*, 5.
- Egan, M. et Restall, G. (2022). *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Fisher, A. G., et Marterella, A. (2019). Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Three Star Press.
- French, G. (2002). Occupational Disfranchisement in the Dependency Culture of a Nursing Home. *Journal of Occupational Science*, 9(1), 28–37.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2002.9686491>

- Guérin, N. (2021). Collaboration entre ergothérapeute et aides-soignants : autonomie dans la vie quotidienne pour prévenir le risque de grabatisation en EHPAD [Mémoire de DE en Ergothérapie]. Institut universitaire de formation en ergothérapie. Université Clermont Auvergne.
- Henderson, V. et Collière, M.-F. (1994). *La nature des soins infirmiers. Présentation des textes, chronologie bibliographique, notes explicatives*. InterEditions.
- Jodelet, D. (1989b). Folie et représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (dir.) (2003). Les représentations sociales. (7e éd.). Presses Universitaires de France. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/puf.jodel.2003.01>.
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (2^{ème} éd.). PU Romandes.
- Ministère chargé de l'Autonomie. (2022). Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement. Solidarites.gouv.fr
https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/dp_ehpad_2022_accessible.pdf
- Ministère du Travail et des Solidarités. Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2007). *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. <https://solidarites.gouv.fr/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap-ou-de-dependance>
- Mondaca, M. (2018). It's my party: opportunities for older adults to influence everyday activities in a nursing home setting. [Thèse doctorale] Département de neurobiologie, sciences des soins et société, division d'ergothérapie. Institut Karolinska, Stockholm, Suède. <https://hdl.handle.net/10616/46496>
- Mondaca, M., Johansson, K. et Josephsson, S. et Rosenberg L. (2020). In search for the "humane": staffs' perspectives on everyday activities in a nursing home, *Aging & Mental Health*, 24:4, 679-688, DOI: 10.1080/13607863.2019.1574709
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e édition). Deboeck supérieur.

- Mucchielli, A. (dir.) (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. (3^e édition). Armand Colin. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/arco.mucch.2009.02>.
- Palacios-Ceña, D., Gómez-Calero, C. et Cachón-Pérez, J.-M. et Velarde-García, J.-F. et Martínez-Piedrola, R. et Pérez-De-Heredia, M. (2015). Is the experience of meaningful activities understood in nursing homes? A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 37.
- Paugam, S. (2010). *Les 100 mots de la sociologie*. Presses Universitaires de France. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/puf.pauga.2010.01>.
- Paugam, S. (2012). *L'enquête sociologique : Sous la direction de Serge Paugam* (2e éd). Presses universitaires de France.
- Polatajko, H. J., Backman, C., Baptist, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A., et Connor-Schisler, A. (2007). Human occupation in context. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. (p. 37–61). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Rafeedie, S., Metzler, C., & Lamb, A. J. (2018). Health Policy Perspectives—Opportunities for occupational therapy to serve as a catalyst for culture change in nursing facilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 7204090010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.7240003>
- Saudrais, M. (2019). La collaboration ergothérapeute/aide-soignant via la méthode Montessori en EHPAD : facteur de volition chez le résident atteint de la maladie d'Alzheimer ? [Mémoire de DE en Ergothérapie]. Faculté des sciences médicales et paramédicales. Ecole des sciences de la réadaptation. Formation Ergothérapie. Université Aix Marseille.
- Toilliez, O. (2018). L'apprentissage expérientiel en ergothérapie : Une collaboration avec l'aide-soignant pour le maintien de l'activité toilette du résident en EHPAD. [Mémoire de DE en Ergothérapie]. Institut de formation en ergothérapie de l'IFPVS-HYERES.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5^e édition). Dunod.

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*.

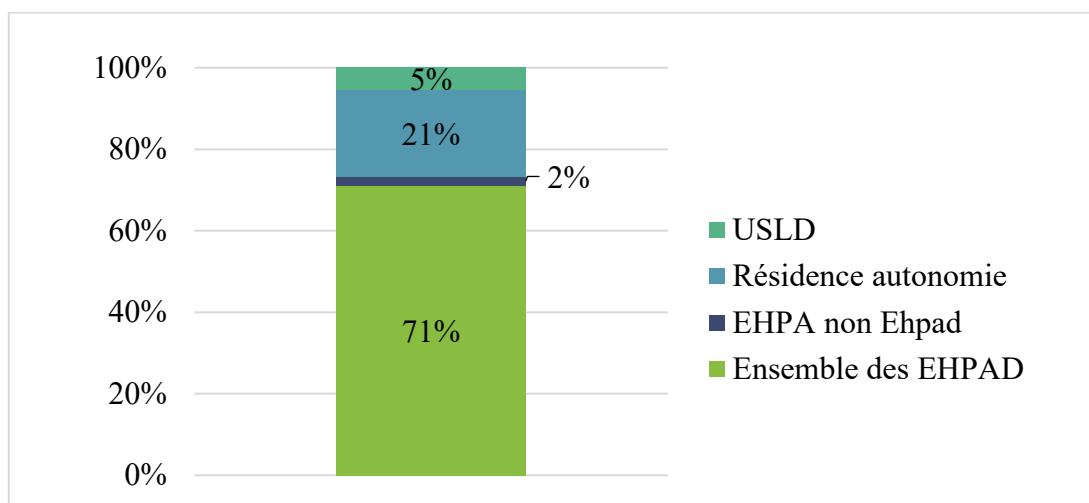
World Federation of Occupational Therapists. (2026). *About Occupational Therapy*.

<https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

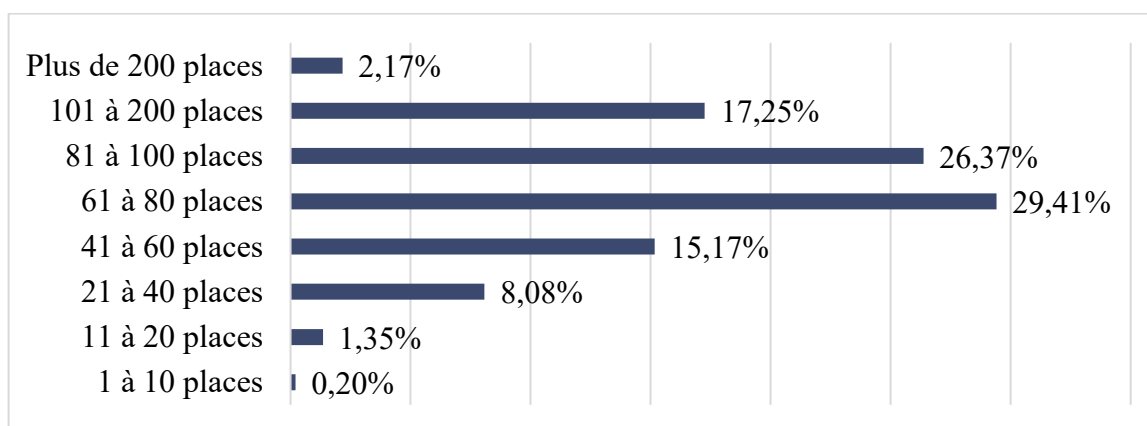
Table des annexes

Annexe n°1 : Répartition des EHPA en France métropolitaine.....	I
Annexe n°2 : Répartition des EHPAD selon leur capacité d'accueil	I
Annexe n°3 : Répartition des résidents vivant en EHPAD selon leur GIR	II
Annexe n°4 : Répartition des résidents vivant en EHPAD selon leur sexe et leur âge	II
Annexe n°5 : Grille nationale Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources	III
Annexe n°6 : Répartition des résidents de GIR 1 à 4 selon le niveau de perte d'autonomie ...	IV
Annexe n°7 : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle	V
Annexe n°8 : Échelles d'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD	VI
Annexe n°9 : Tableau des populations du RPPS.....	VII
Annexe n°10 : Modèle d'analyse de la recherche	VIII
Annexe n°11 : Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion du 1 ^{er} échantillon	IX
Annexe n°12 : Questionnaire de recrutement.	X
Annexe n°13 : Analyse des données collectées par le questionnaire de recrutement.	XVI
Annexe n°14 : Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion du 2 nd échantillon ..	XVIII
Annexe n°15 : Grille d'entretien pour les professionnels ergothérapeutes.	XIX
Annexe n°16 : Grille d'entretien pour les professionnels non soignants.	XXI
Annexe n°17 : Grille d'analyse pour les professionnels ergothérapeutes.	XXIII
Annexe n°18 : Grille d'analyse pour les animatrices	XLIII
Annexe n°19 : Avis du comité de qualification des projets de recherche.	LIX
Annexe n°20 : Formulaire de consentement.	LX
Annexe n°21 : Expérience de coopération exposée par E1.....	LXI
Annexe n°22 : Expérience de coopération exposée par E2.....	LXII
Annexe n°23 : Expérience de coopération exposée par E3.....	LXIII
Annexe n°24 : Expérience de coopération exposée par A1.	LXIV
Annexe n°25 : Expérience de coopération exposée par A2 et A3.....	LXV

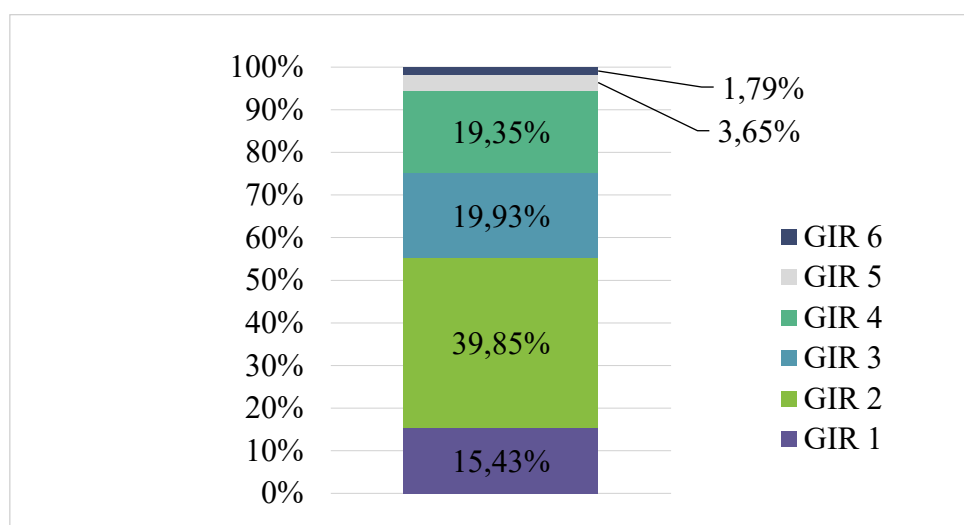
Annexe n°1 : Répartition des établissements d’hébergement pour personnes âgées en France métropolitaine selon leur catégorie au 31/12/2023 (DREES, 2023).



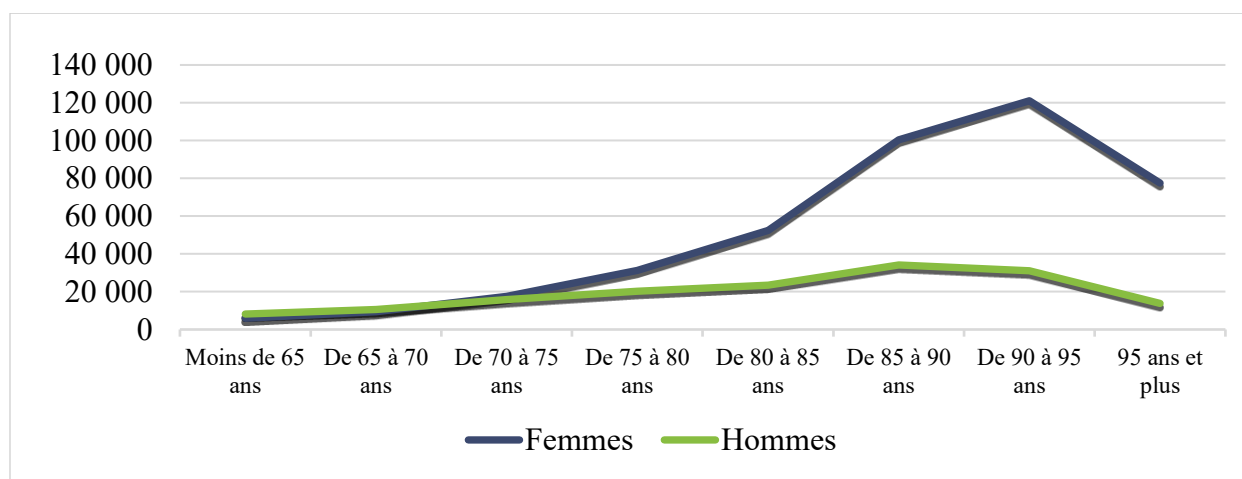
Annexe n°2 : Répartition des EHPAD selon leur capacité d’accueil au 31/12/2023 (DREES, 2023).



Annexe n°3 : Répartition des résidents vivant en EHPAD selon leur GIR au 31/12/2023
(DREES, 2023).



Annexe n°4 : Répartition des résidents vivant en EHPAD selon leur sexe et leur âge au 31/12/2023 (DREES, 2023).



Annexe n°5 : Grille nationale Autonomie Gériatologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR)

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____

Code Postal :

--	--	--	--	--

 Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas.

A, le

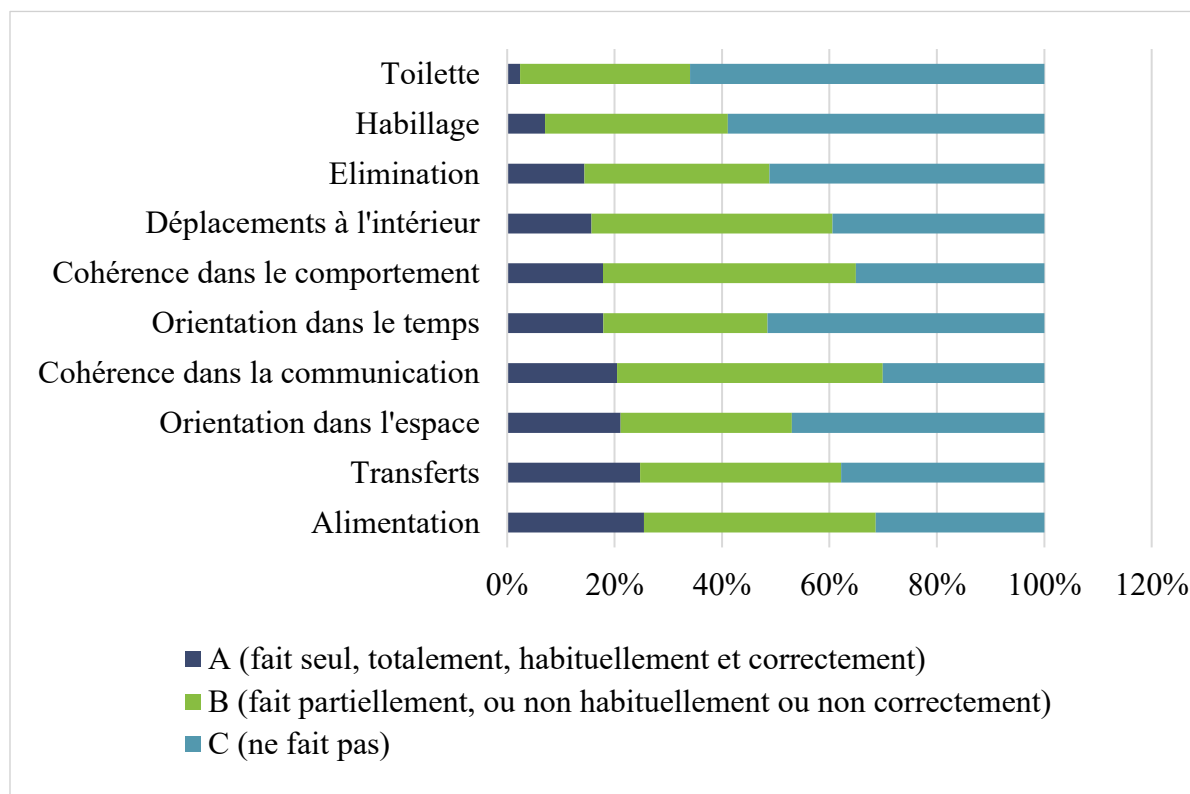
Signature et cachet du praticien

ATTENTION

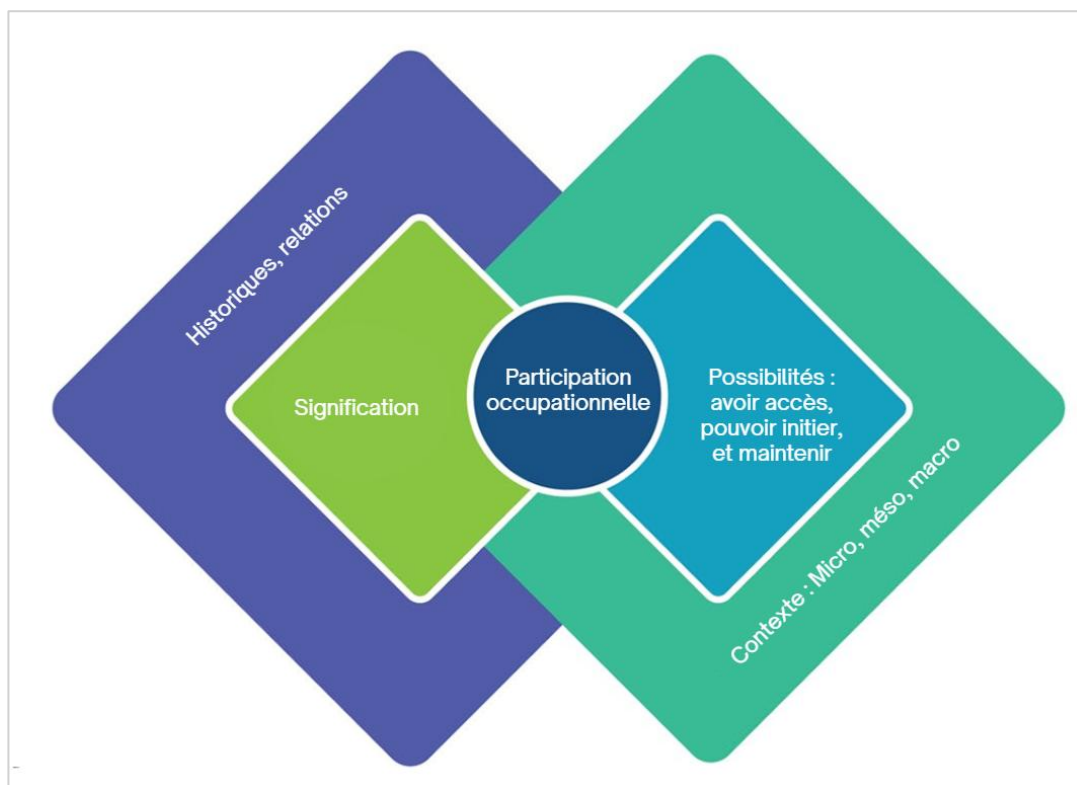
Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

Annexe n°6 : Répartition des résidents de GIR 1 à 4 vivant en EHPAD selon le niveau de perte d'autonomie et le type d'activité au 31/12/23 (DREES, 2023).



Annexe n°7 : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (Egan et Restall, 2022).



Annexe n°8 : Les différentes échelles d'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD selon le modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979).

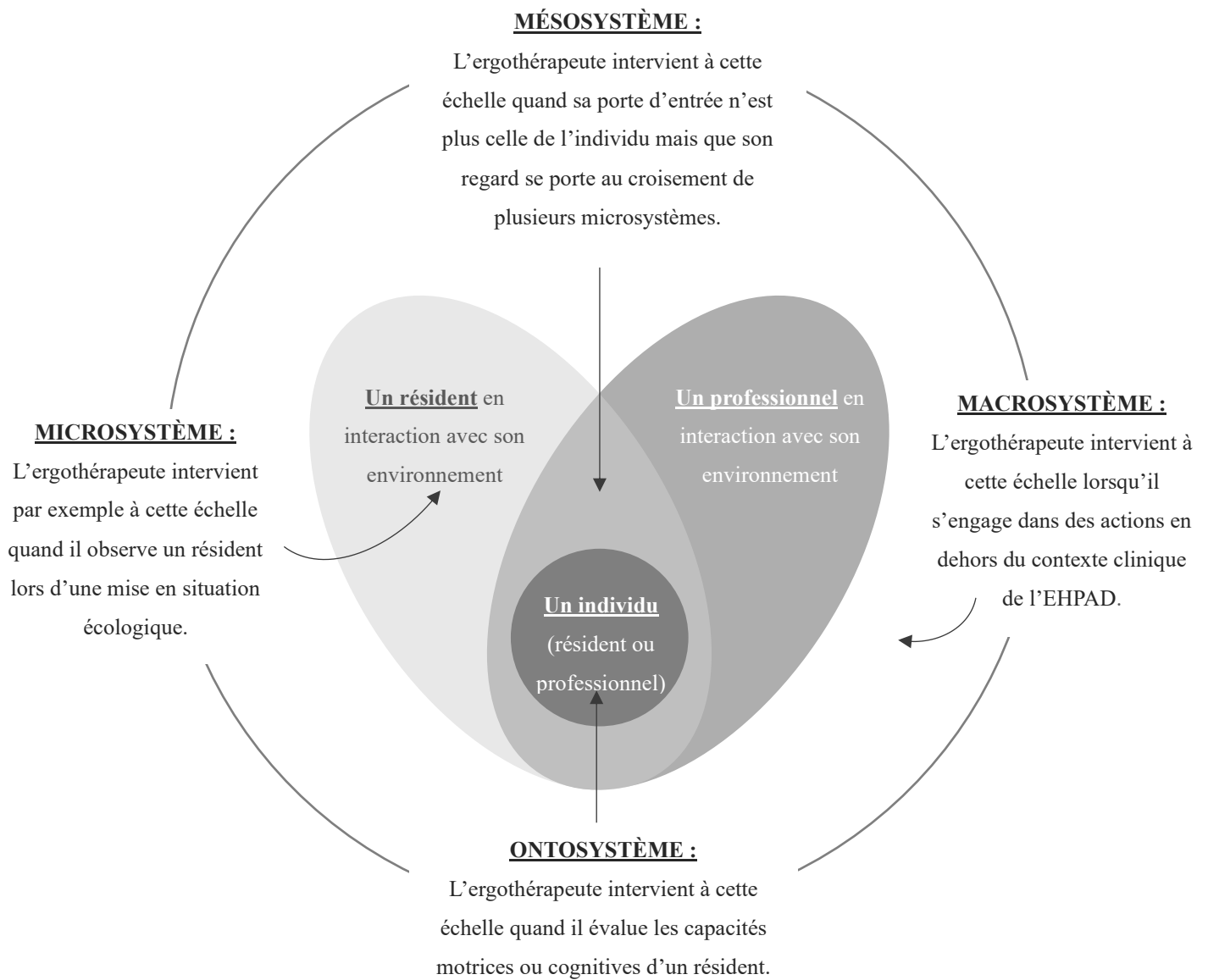


Schéma inspiré par la figure 1, page 54, du livre intitulé Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (Morel-Bracq, 2017).

Annexe n°9 : Tableau des populations du RPPS (Agence du Numérique en Santé. (2025).



TABLEAU DES POPULATIONS DU RPPS - VERSION AU 25/09/2025

Le tableau décrit de façon synthétique les différentes populations de professionnels enregistrées dans le RPPS, le répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. Il est mis à jour au fil de l'extension du RPPS à de nouvelles populations. En savoir plus sur le RPPS : <https://esante.gouv.fr/produits-services/produits-services/mon-identifiant-numerique-numero-ross>
La mise en œuvre du RPPS est encadrée par l'Arrêté du 23/09/2022 consultable ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/bo/tda/id/JORFTEXT00004349482/>

Colonne	Description
Population	Description métier générale de la population concernée.
Enregistrement obligatoire	Enregistrement obligatoire ou non de la profession dans le RPPS, selon le cadre juridique applicable à la profession.
Texte de référence	Texte encadrant l'enregistrement de la population dans le RPPS, pour les populations dont l'enregistrement est obligatoire : CSP ; code de la santé publique ; CASF ; code de l'action sociale et des familles.
Autorité d'enregistrement (AE)	Organe responsable de la collecte, de la vérification et de l'enregistrement des données dans le RPPS, ainsi que de leur mise à jour.
Modalités d'enregistrement	Modalités d'enregistrement des professionnels dans le RPPS.
Vérifications csi, faites par l'AE	Description des principales vérifications faites par l'AE avant l'enregistrement des données dans le RPPS par l'AE.
Profession de santé	Profession de santé ou non au sens du code de la santé publique (4ème part).
Reference NDS	Nom de la terminologie référençant la population dans les Nomenclatures des Objets de Santé (NOS) : https://sante.gouv.fr/interoperabilite/mso-nos/nos/
Eligible carte CPS	Éligibilité à la carte CPS : https://sante.gouv.fr/rdss/dss/services/cartes-de-professionnels-de-sante/
Eligible eCPS	Éligibilité au rôle n° 1 à l'e-CPS.
Éligibilité	Nombre de professionnels, en exercice enregistrés dans le RPPS.

	Engagement obligatoire ?	Taite de référence (à l'engagement obligatoire)	Autorité d'enregistrement (AE)	Procédure d'enregistrement	Vérifications clés faites par l'AE	Profession de santé ?	Référence NOS	Éligible carte CPSP ¹ ?	Éligible e-CP ² ?	Démographie ³
Médecin	OUI	L 4231-10 et d. 4231-115 CSP	Ordre (CNOM)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	241 985
Masseur·kinésithérapeute	OUI	L 4231-10 et d. 4232-3 CSP	Ordre (CNOMK)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	108 576
Pharmacien	OUI	L 4231-36 et d. 4221-21 CSP	Ordre (CNOP)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	75 334
Psychologue·diététicien	OUI	L 4231-11 et d. 4231-115 CSP	Ordre (CNCD)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	49 156
Sage-femme	OUI	L 4231-11 et d. 4231-115 CSP	Ordre (CNOSF)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	26 432
Pédicure-podologue	OUI	L 4232-2 et d. 4232-2 CSP	Ordre (CNOPP)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	14 748
Infirmier	OUI	L 4231-15 et d. 4231-95 CSP	Ordre (ONI)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	511 671
Formateur en formation	OUI	L 4231-3 et d. 4231-122 CSP	Ordre (CNOMD)	Déclaire de la démarche d'enregistrement à l'Ordre après les ECN	Identité, niveau d'études	NON	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	43 733
Chirurgien-dentiste en formation	OUI	L 4231-3 et d. 4231-122 CSP	Ordre (CNOSF)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, niveau d'études	NON	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	1 066
Sage-femme en formation	OUI	L 4231-3 et d. 4231-122 CSP	Ordre (CNOSF)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, niveau d'études	NON	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	113
Pharmacien en formation	OUI	L 4231-36 CSP	Ordre (CNOP)	Déclaire de la démarche d'inscription à l'Ordre	Identité, niveau d'études	NON	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	5 709
Assistant·soignant social	OUI	Article L 4312 CASF	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	NON	TMS_035-UsageTms	NON	NON	49 317
Assistant dentaire	OUI	L 4309-37 et d. 4309-17 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	NON	OUI	25 705
Opticien-lunetier	OUI	L 4362-1 et d. 4365-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	52 782
Audioprothésiste	OUI	L 4361-2 et d. 4365-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	6 743
Technicien de laboratoire médical	OUI	L 4352-4 et d. 4354-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	60 365
Manipulateur d'IRM	OUI	L 4351-10 et d. 4354-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	(sauf libéraux)	43 662
Physicien médical	OUI	L 4251-3 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	NON	OUI	720
Psychomotricien	OUI	L 4333-1 et d. 4333-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	(sauf libéraux)	20 762
Dentisticien	OUI	L 4373-5 et d. 4373-1-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	(sauf libéraux)	26 731
Ergothérapeute	OUI	L 4333-1 et d. 4333-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	(sauf libéraux)	20 046
Orthophoniste	OUI	L 4341-2 et d. 4343-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	81 777
Orthoptiste	OUI	L 4342-2 et d. 4343-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	3 046
Psychologue	OUI	Article 44 de la loi n° 85-772 et article 57 de la loi n° 2002-303	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	NON	TMS_035-UsageTms	OUI	(sauf libéraux)	114 172
Psychomotricien	OUI	Article 52 de la loi n° 2004-630 et article 5 du décret n° 2004-388	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	NON	TMS_035-UsageTms	NON	NON	22 044
Endodontiste	OUI	Article 76 de la loi n° 2002-303 et article 5 du décret n° 2002-411 modifié	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	NON	TMS_035-UsageTms	OUI	OUI	44 122
Chirurgien	OUI	Article 56 de la loi n° 2002-303 et article 5 du décret n° 2001-32	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	NON	TMS_035-UsageTms	NON	OUI	2 242
Orthopédiste-orthésiste (appareillage)	OUI	L 4364-2 et d. 4365-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	2 993
Orthopédiste (appareillage)	OUI	L 4364-2 et d. 4365-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	2 009
Podo-orthésiste (appareillage)	OUI	L 4364-2 et d. 4365-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	904
Orthésiste (appareillage)	OUI	L 4364-2 et d. 4365-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	106
Acouïsticien	OUI	L 4364-2 et d. 4365-1 CSP	ARS	Via le portail eRPPS ⁽⁴⁾	Identité, diplômes/autorizations, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	72
Militaires (autres professions)	OUI	L 4061-1 CSP	Service de Santé des Armées	Dans le cadre du recrutement par le SSA	Identité, diplômes/autorizations, casier judiciaire, contrats	OUI	TMS_015-ProfessionSante	OUI	OUI	6 153
Accompagnant éducatif et social	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	1 008
Aide à domicile	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	291
Aide à domicile qualifiée	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	181
Aide médico psychologique (AMP)	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	494
Aide-soignant	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	OUI (traité comme un rôle)	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	2 543
Assistant familial	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	25
Assistant médical	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	40
Auxiliaire de puériculture	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	OUI (traité comme un rôle)	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	49
Auxiliaire de vie sociale	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	OUI	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	679
Conseiller en économie sociale et familiale	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	351
Conseiller en génétique	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	13
Coordinateur de parcours	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	157
Directeur d'établissement	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	411
Educateur de jeunes enfants	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	99
Educateur en activité physique adaptée	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	31
Educateur spécialisé	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	1 393
Educateur technique spécialisé	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	146
Secrétaires d'accueil et urgences sanitaires	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	36
Mandataire judiciaire à la Protection des Majeurs	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	6
Médiateur familial	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	2
Moniteur éducateur	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	899
Préparateur en pharmacie hospitalière	NON	-	Employeur ou ARS ou GRADES	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	OUI (traité comme un rôle)	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	62
Préparateur en pharmacie officinale	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	OUI (traité comme un rôle)	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	17 889
OSNP - Organisateur de Sein Non Programmé	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	4
Secrétaires de l'intervention sociale et familiale	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	140
Responsable de secteur	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	3 684
Secrétaire assistante médico-administrative	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	824
Autre professionnel	NON	-	Employeur	Via le portail RPPS en vue de l'accès à un service numérique ⁽⁴⁾	Identité, rôle au sein d'un établissement	NON	TMS_085-SuiviPsyCharge	NON	OUI	12 824

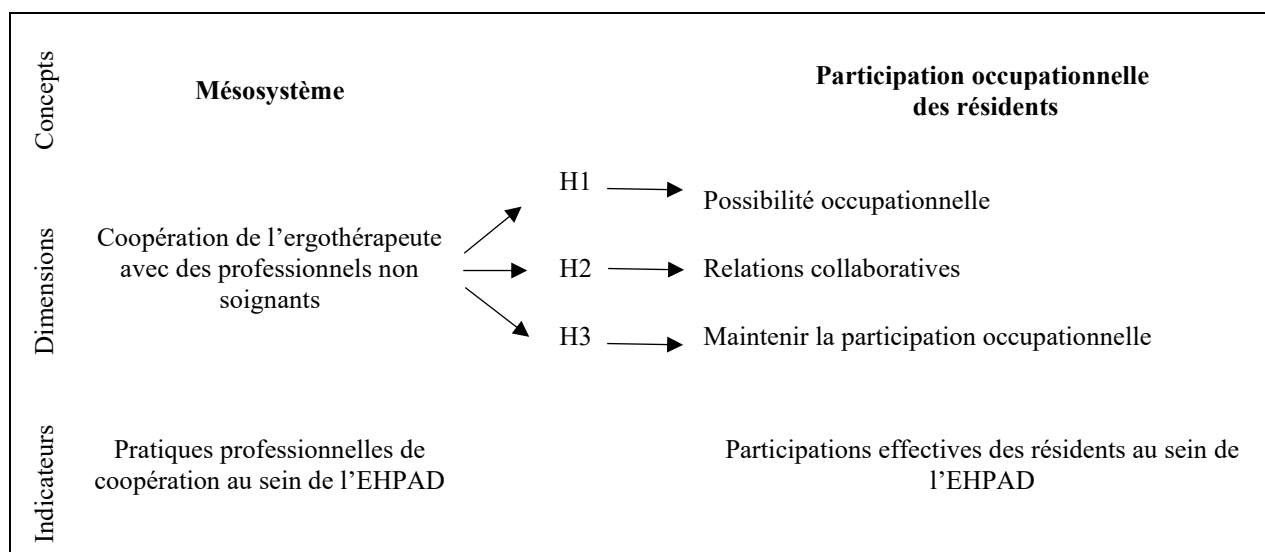
⁽²⁾ pour savoir comment obtenir une carte selon votre situation, suivez le guide ANS : <https://esante.novae.fr/faisiez-vous-aider>

⁽⁴⁵⁾ nombre de professionnels en exercice

(*) **Portail eRPPS:** <https://sante.gouv.fr/produits-services/portail-enregistrement-eRPPS>

(4) Portail RPP5+: <https://esante.gouv.fr/produits-services/portail-rpp5-plus>

Annexe n°10 : Modèle d'analyse de la recherche selon une approche hypothético-déductive.



Annexe n°11 : Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion du 1^{er} échantillon : les professionnels ergothérapeutes.

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion	Critères d'exclusion
Être Ergothérapeute Diplômé d'Etat	Avoir moins d'un an d'expérience en EHPAD.	Participant souhaitant se retirer de l'enquête.
Exercer en France	Appartenir au cercle de connaissance de l'enquêteur.	Survenue d'un critère de non-inclusion.
Avoir plus d'un an d'expérience en EHPAD	Ne pas être disponible au moment de l'enquête.	Altération de l'état général du participant.
Avoir une expérience de coopération avec des professionnels non soignants	Ne pas avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé.	
Avoir stipulé son accord pour participer à un entretien		

EHPAD : les résidents peuvent-ils mettre la main à la pâte ? Inspirons-nous !

Actuellement étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Rouen, j'explore dans le cadre de mon travail de recherche, le lien entre la participation des résidents aux activités de la vie collective en EHPAD et la collaboration avec les autres professionnels.

Vous êtes (ou vous avez été) ergothérapeute en EHPAD, votre expérience m'intéresse !

Convaincue que les résidents peuvent participer aux activités de la vie collective en EHPAD et qu'il existe déjà dans vos environnements de travail de telles pratiques, j'aimerais au travers de cette brève enquête (quelques questions) recueillir vos expériences et que celles-ci puissent, en retour, devenir des sources d'inspiration pour nous tous-tes.

** Indique une question obligatoire*

Partie 1 : Participation des résidents aux activités de la vie collective en EHPAD

Les activités de la vie collective sont toutes les tâches habituellement réalisées par des salariés mais auxquelles les résidents peuvent / pourraient participer : faire du ménage, préparer les repas, plier le linge, essuyer la vaisselle, réaliser des tâches administratives....

1. Les résidents participent-ils à certaines activités de la vie collective dans l'EHPAD ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 3*
- ☐ Non *Passer à la question 18*

2. Si non, pourquoi ?

Si vous avez répondu oui, vous pouvez compléter la suite du formulaire (parties 2 et 3).

Si vous avez répondu non, vous pouvez passer la partie 2 et compléter la partie 3 du questionnaire.

Partie 2 : Exemples de tâches auxquelles les résidents de l'EHPAD participent

Ce formulaire vous donne la possibilité de partager 1, 2 ou 3 tâches auxquelles les résidents participent.

Tâche n°1 réalisée par les résidents de l'EHPAD :

3. Quelle est l'activité réalisée par les résidents ?

4. Combien de résidents sont concernés ?

5. Cette activité est-elle réalisée :

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Au sein d'un PASA
- ☐ Au sein d'une UHR
- ☐ En dehors d'un PASA ou d'une UHR

6. La mise en œuvre de cette activité a-t-elle nécessité une collaboration entre vous, ergothérapeute, et d'autres professionnels de l'EHPAD ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Si oui, quels professionnels ?

Tâche n°2 réalisée par les résidents de l'EHPAD :

8. Quelle est l'activité réalisée par les résidents ?

9. Combien de résidents sont concernés ?

10. Cette activité est-elle réalisée :

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Au sein d'un PASA
- ☐ Au sein d'une UHR
- ☐ En dehors d'un PASA ou d'une UHR

11. La mise en œuvre de cette activité a-t-elle nécessité une collaboration entre vous, ergothérapeute, et d'autres professionnels de l'EHPAD ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

12. Si oui, quels professionnels ?

Tâche n°3 réalisée par les résidents de l'EHPAD :

13. Quelle est l'activité réalisée par les résidents ?

14. Combien de résidents sont concernés ?

15. Cette activité est-elle réalisée :

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Au sein d'un PASA
- ☐ Au sein d'une UHR
- ☐ En dehors d'un PASA ou d'une UHR

16. La mise en œuvre de cette activité a-t-elle nécessité une collaboration entre vous, ergothérapeute, et d'autres professionnels de l'EHPAD ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. Si oui, quels professionnels ?

Partie 3 : Partageons nos expériences en tant qu'ergothérapeute

Si vous êtes
d'accord pour partager de façon anonyme vos réponses avec les autres ergothérapeutes
qui ont répondu à l'enquête et recevoir en retour leurs réponses, je vous
invite à compléter les champs suivants.

18. Votre expérience en tant qu'ergothérapeute en EHPAD est de : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins d'1 an
- ☐ Entre 1 et 3 ans
- ☐ Entre 3 et 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans

19. Êtes-vous d'accord pour partager vos réponses de façon anonyme ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

20. A quelle adresse mail puis-je vous envoyer les résultats de cette première enquête ?

21. Enfin, si ce sujet vous intéresse et que vous êtes intéressé(e) pour participer à un entretien d'environ 1h, en visio, entre février et mars 2026, je serai ravie de pouvoir vous recontacter.

Une seule réponse possible.

☐ Oui, je suis intéressé(e) pour réaliser un entretien.

☐ Non, je ne suis pas intéressé(e) pour réaliser un entretien.

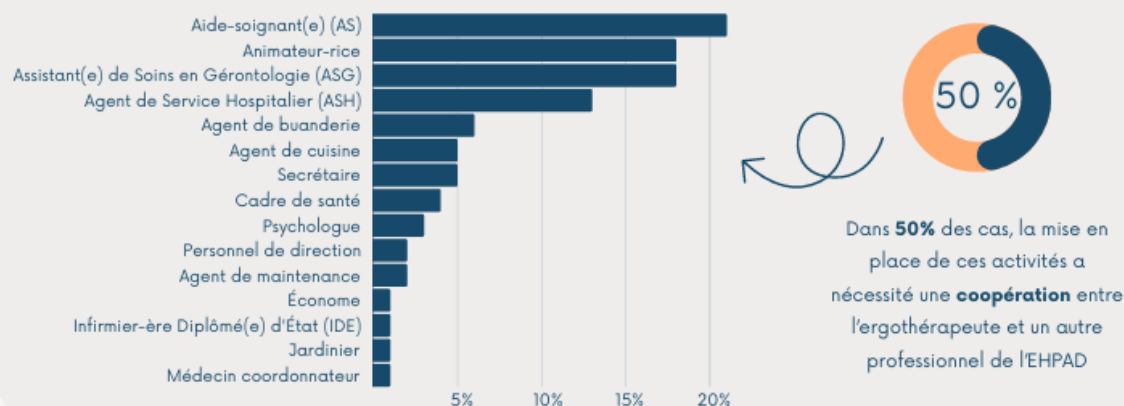
22. Si vous êtes intéressé(e) pour réaliser un entretien, vous pouvez inscrire vos contacts ci-dessous :

Annexe n°13 : Analyse des données collectées à titre expérimental par le questionnaire de recrutement.



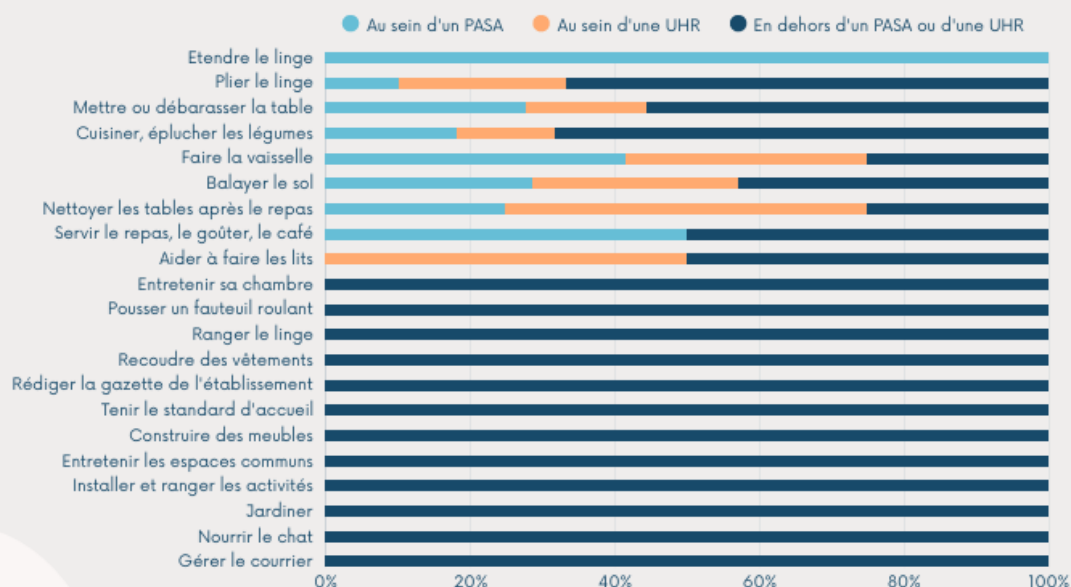
Thème 3 : la coopération de l'ergothérapeute

Avec qui l'ergothérapeute a-t-il coopéré pour mettre en place ces activités ?



Thème 4 : les lieux

Dans quels espaces ces activités sont réalisées ?



IFE de Rouen
Mathilde Soudée (2025-2026)
Mémoire d'initiation à la recherche
Noémie de Sagazan - Maître de mémoire

Annexe n°14 : Critères d’inclusion, de non-inclusion et d’exclusion du 2nd échantillon : les professionnels non soignants.

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion	Critères d'exclusion
Être un professionnel non soignant (cf. annexe 8)	Avoir moins d'un an d'expérience en EHPAD.	Participant souhaitant se retirer de l'enquête.
Exercer en France	Appartenir au cercle de connaissance de l'enquêteur.	Survenue d'un critère de non- inclusion.
Avoir plus d'un an d'expérience en EHPAD	Ne pas être disponible au moment de l'enquête.	Altération de l'état général du participant.
Avoir une expérience de coopération avec un ergothérapeute	Ne pas avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé.	
Avoir stipulé son accord pour participer à un entretien		

Annexe n°15 : Grille d’entretien pour les professionnels ergothérapeutes.

THÈMES	SOUS-THÈMES / QUESTIONS DE RELANCE	INDICATEURS	CE QUE JE RECHERCHE
THÈME 1 : LE POSTE DE TRAVAIL			
Q1 : Pour commencer, êtes-vous d’accord pour vous présenter et m’expliquer votre poste de travail ?	Q1.1 : Quelle est votre ancienneté sur le poste ? Q1.2 : Quelles sont vos missions ? Q1.3 : Quel est votre temps de travail ? Q1.4 : Combien de résidents sont hébergés à l’EHPAD ?	- Années d’expérience - Principales missions - ETP - Nombre de résidents	Connaître les conditions d’exercice et l’expérience de l’interviewé en EHPAD.
THÈME 2 : LES POSSIBILITES OCCUPATIONNELLES AU SEIN DE L’EHPAD			
Q2 : Que diriez-vous concernant les possibilités occupationnelles existantes au sein de l’EHPAD dans lequel vous travaillez ?	Q2.1 : Quelles possibilités occupationnelles existent pour les résidents ? Q2.2 : Quels sont les facteurs contextuels qui limitent ces possibilités ? Q2.3 : Quelles nouvelles possibilités pourraient-être selon vous proposées ? Q2.4 : Quels seraient les leviers mobilisables pour élargir ces possibilités ? [H1] Q2.5 : D’après vous, avec quels professionnels pourriez-vous collaborer pour identifier de nouvelles possibilités occupationnelles pour les résidents ? [H1]	- Facteurs limitants - La coopération avec les professionnels non soignants est identifiée comme un levier [H1 : validée] / n’est pas identifiée comme un levier [H1 : invalidée]	Connaître l’influence du méso système sur les possibilités occupationnelles et identifier si la coopération peut-être un levier pour en identifier de nouvelles [H1].
THÈME 3 : LA COOPERATION DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE			
Q3 : Comment la coopération avec les autres professionnels de l’EHPAD s’inscrit-elle concrètement dans votre pratique quotidienne ?	Q3.1 : Avec quels professionnels coopérez-vous ? Q3.2 : Avec quels professionnels ne coopérez-vous pas ? Q3.3 : Quelles sont les situations où vous devez coopérer ? Q3.4 : Que vous apporte cette coopération ? [H3] Q3.5 : Quels sont les limites de cette coopération ? Q3.6 : De quelle façon la coopération peut-être un atout pour pérenniser la participation occupationnelle des résidents dans le temps ? [H3]	- La coopération effective avec des professionnels non soignants - La coopération permet [H3 : validée] / ne permet pas [H3 : invalidée] le maintien de la PO des résidents en dehors du temps de présence de l’ergothérapeute	Connaître les coopérations effectives de l’ergothérapeute avec les autres professionnels de l’EHPAD et savoir si celles-ci permettent le maintien de la PO des résidents en dehors du temps de présence de l’ergothérapeute [H3].
THÈME 4 : LE PARTAGE DES RESPONSABILITES CONCERNANT LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE			
Q4 : Selon vous, quels professionnels sont responsables de la participation occupationnelle des résidents ?	Q4.1 : Quel est votre rôle en tant qu’ ergothérapeute ? Q4.2 : Quels sont les rôles des autres professionnels ? En particulier celui des non soignants ? Q4.4 : Comment vous partagez-vous cette responsabilité ? Q4.4 : Quels sont les outils qui peuvent vous aider ? Q4.5 : D’après vous, en quoi la coopération permet à chaque professionnel de trouver sa place ? [H2]	- Rôles identifiés pour chaque professionnel - Expression d’un point de tension concernant la répartition de ces rôles - La coopération permet [H2 validée] / ne permet pas [H2 : invalidée] de clarifier ces rôles.	Savoir si la coopération permet de clarifier les rôles des différents professionnels en ce qui concerne la PO des résidents [H2].

THÈMES	SOUS-THÈMES / QUESTIONS DE RELANCE		INDICATEURS	CE QUE JE RECHERCHE
THÈME 5 : NARRATION D'UNE EXPERIENCE VECUE				
Q5 : Pouvez-vous me raconter cette expérience de sa genèse à aujourd'hui ? <i>The six characteristics of human occupations (Polatajko et al., 2007)</i>	Pourquoi ?	Q5.1 : Quel était le point de départ ? [H1]	- La coopération est le point de départ [H1 : validée].	Savoir si la coopération a permis d'identifier une nouvelle PO pour les résidents [H1]
	Quoi ?	Q5.2 : Quelles possibilités occupationnelles ont été permises par cette coopération ? [H1]	- Caractéristiques de la PO	
	Qui ?	Q5.3 : Quels sont les acteurs concernés par cette coopération ? Quels résidents ? Quels professionnels ? Combien ? [H1]	- Professionnels non soignants	Savoir si la coopération a été menée avec des professionnels non soignants
		Q5.4 : Un fois mise en place, quels professionnels étaient encore nécessaires pour maintenir cette possibilité occupationnelle dans le temps ? [H3]	- Une fois mise en place, la présence de l'ergothérapeute n'était plus nécessaire [H3 : validée] / était encore nécessaire [H3 : invalidée]	Savoir si la coopération permet le maintien de la PO en dehors du temps de présence de l'ergothérapeute [H3].
	Quand ?	Q5.5 : À quel moment cette coopération a débuté ? Q5.6 : Combien de temps cette coopération a-t-elle duré ? Q5.7 : Les possibilités occupationnelles pour lesquelles vous avez coopérez ont-elles perdurées dans le temps ? [H3]	- La PO des résidents s'est maintenue dans le temps.	
	Où ?	Q5.8 : Dans quels espaces de l'EHPAD, cette coopération s'est-elle déroulée ?	- La PO des résidents est réalisée au sein de l'EHPAD.	Connaître l'environnement
	Comment ?	Q5.9 : Quel était votre rôle en tant qu' ergothérapeute ? Q5.10 : Quel étaient les rôles des autres professionnels ? Q5.11 : Comment les rôles de chacun ont évolué au travers de cette coopération ? [H2] Q5.12 : Comment chaque professionnel a pu trouver sa place ? [H2]	- La coopération a permis [H2 validée] / n'a pas permis [H2 : invalidée] de clarifier les rôles de chacun des professionnels.	Savoir si la coopération a permis de clarifier les rôles des différents professionnels en ce qui concerne la PO des résidents [H2].

Annexe n°16 : Grille d’entretien pour les professionnels non soignants.

THÈMES	SOUS-THÈMES / QUESTIONS DE RELANCE	INDICATEURS	CE QUE JE RECHERCHE
THÈME 1 : LE POSTE DE TRAVAIL			
Q1 : Pour commencer, êtes-vous d’accord pour vous présenter et m’expliquer votre poste de travail ?	Q1.1 : Quelle est votre ancienneté sur le poste ? Q1.2 : Quelles sont vos missions ? Q1.3 : Quel est votre temps de travail ? Q1.4 : Combien de résidents sont hébergés à l’EHPAD ?	- Années d’expérience - Principales missions - ETP - Nombre de résidents	Connaître les conditions d’exercice et l’expérience de l’interviewé en EHPAD.
THÈME 2 : LES POSSIBILITES OCCUPATIONNELLES AU SEIN DE L’EHPAD			
Q2 : Quelles sont les activités proposées aujourd’hui dans l’EHPAD pour les résidents ?	Q2.1 : Quelles activités sont actuellement possibles pour les résidents ? Q2.2 : Qui a initié ces activités ? Qui en a eu l’idée ? [H1] Q2.3 : Selon vous, quelles nouvelles activités pourraient-être proposées aux résidents ? [H1] Q2.4 : Comment et avec quels professionnels pourriez-vous mettre en place ces nouvelles activités ?	- Le professionnel a initié ou identifie de nouvelles possibilités occupationnelles [H1 : validé]	Savoir si les professionnels non soignants peuvent être des ressources pour identifier de nouvelles possibilités occupationnelles pour les résidents [H1].
THÈME 3 : LA COOPERATION DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE			
Q3 : De quelle façon coopérez-vous avec l’ergothérapeute dans le cadre des activités proposées aux résidents ?	Q3.1 : Quelles sont les situations où vous devez coopérer avec l’ergothérapeute ? Q3.2 : Que vous apporte cette coopération ? Q3.3 : Quelles sont les limites de cette coopération ? Q3.4 : Dans le cadre d’une activité proposée aux résidents, diriez-vous que la présence de l’ergothérapeute est nécessaire de façon ponctuelle ou de façon continue ? [H3]	- La présence de l’ergothérapeute est ponctuellement nécessaire dans le cadre d’une activité proposée aux résidents [H3 : validée]	Décrire la coopération entre le professionnel et l’ergothérapeute et savoir la PO des résidents peut être maintenue en dehors du temps de présence de l’ergothérapeute [H3].
THÈME 4 : LE PARTAGE DES RESPONSABILITES CONCERNANT LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE			
Q4 : Selon vous, quels professionnels de l’EHPAD sont responsables des activités proposées aux résidents ?	Q4.1 : Quel est votre rôle ? Q4.2 : Quel est le rôle de l’ ergothérapeute ? Q4.3 : Comment vous partagez-vous cette responsabilité ? Q4.4 : Quels sont les outils qui peuvent vous aider ? Q4.5 : D’après vous, en quoi la coopération entre les différents professionnels permet à chacun de trouver sa place ? [H2]	- Rôles identifiés pour chaque professionnel - Expression d’un point de tension concernant la répartition de ces rôles - La coopération permet [H2 validée] / ne permet pas [H2 : invalidée] de clarifier ces rôles.	Savoir si la coopération permet de clarifier les rôles des différents professionnels en ce qui concerne la PO des résidents [H2].

THÈMES	SOUS-THÈMES / QUESTIONS DE RELANCE		INDICATEURS	CE QUE JE RECHERCHE
THÈME 5 : NARRATION D’UNE EXPERIENCE VECUE				
Q5 : Pouvez-vous me raconter cette expérience de sa genèse à aujourd’hui ? The six characteristics of human occupations (Polatajko et al., 2007)	Pourquoi ?	Q5.1 : Quel était le point de départ ? [H1]	- La coopération est le point de départ [H1 : validée].	Savoir si la coopération a permis d’identifier une nouvelle PO pour les résidents [H1]
	Quoi ?	Q5.2 : Quelles nouvelles activités ont été permises par cette coopération ? [H1]	- Caractéristiques de la PO	
	Qui ?	Q5.3 : Quels sont les acteurs concernés par cette coopération ? Quels résidents ? Quels professionnels ? Combien ? [H1]	- Ergothérapeute	Savoir si la coopération a été menée avec l’ergothérapeute
		Q5.4 : Un fois mise en place, quels professionnels étaient encore nécessaires pour maintenir cette activité dans le temps ? [H3]	- Une fois mise en place, la présence de l’ergothérapeute n’était plus nécessaire [H3 : validée] / était encore nécessaire [H3 : invalidée]	Savoir si la coopération permet le maintien de la PO en dehors du temps de présence de l’ergothérapeute [H3].
	Quand ?	Q5.5 : À quel moment cette coopération a débuté ? Q5.6 : Combien de temps cette coopération a-t-elle duré ? Q5.7 : Les activités pour lesquelles vous avez coopérez ont-elles perdurées dans le temps ? [H3]	- La PO des résidents s’est maintenue dans le temps.	
	Où ?	Q5.8 : Dans quels espaces de l’EHPAD, cette coopération s’est-elle déroulée ?	- La PO des résidents est réalisée au sein de l’EHPAD.	Connaître l’environnement
	Comment ?	Q5.9 : Quel était votre rôle ? Q5.10 : Quel était le rôle de l’ ergothérapeute ? Q5.11 : Comment les rôles de chacun ont évolué au travers de cette coopération ? [H2] Q5.12 : Comment chaque professionnel a pu trouver sa place ? [H2]	- La coopération a permis [H2 validée] / n’a pas permis [H2 : invalidée] de clarifier les rôles de chacun des professionnels.	Savoir si la coopération a permis de clarifier les rôles des différents professionnels en ce qui concerne la PO des résidents [H2].

Annexe n°17 : Grille d'analyse pour les professionnels ergothérapeutes.

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 1 : LE POSTE DE TRAVAIL Q1 : Pour commencer, êtes-vous d'accord pour vous présenter et m'expliquer votre poste de travail ? Q1.1 : Quelle est votre ancienneté sur le poste ? Q1.2 : Quelles sont vos missions ? Q1.3 : Quel est votre temps de travail ? Q1.4 : Combien de résidents sont hébergés à l'EHPAD ?	- Années d'expérience - Principales missions - ETP - Nombre de résidents

T1	E1	E2	E3
Q1.1	« J'ai travaillé beaucoup, beaucoup dans les EHPAD. Pendant 4 ans et demi, j'ai dû travailler dans facilement 10 EHPAD différents. » « Le dernier poste que j'ai eu en EHPAD [...] je l'ai eu pendant un an. »	« Je suis ergothérapeute depuis 3 ans et demi [...] et mon premier poste, c'est celui où je suis actuellement, c'est celui en EHPAD. »	« Je suis à l'EHPAD [...], ça va faire 3 ans là. »
Q1.2	« Les missions d'un ergothérapeute en EHPAD sont très très sensiblement les mêmes, liées beaucoup au positionnement et au confort des résidents. Forcément, puisqu'on est le référent positionnement, on est le référent chute, on est le référent contention. » « Tout ce qui est aides-techniques à l'alimentation, aux prises des repas, que ce soient des aides techniques en chambre, les aides à la marche, [...], ça repose beaucoup sur l'ergo. » « Je n'aime pas dire ça, mais en EHPAD, on est les rois du fauteuil. Forcément, tout ce qui touche au fauteuil roulant, ce qu'ils appellent le parc matériel, donc la gestion des lits, la gestion des matelas, la gestion du parc matériel, donc fauteuil roulant, déambulateur, canne, béquille, les aides techniques, la chaise de pesée, la balance de pesée, ça, c'était moi qui gérais. Tous les appareils de transfert, verticalisateur, lève-personne, toute la maintenance, le suivi des stocks, le suivi des commandes, le suivi des	« J'ai la chance dans l'établissement d'être assez autonome, d'être très libre sur ce que je peux faire. En fait, on me fait vraiment confiance sur mes compétences. » « J'ai la possibilité de toucher un peu à tous les domaines de l'ergothérapie en EHPAD avec les personnes âgées donc, tout ce qui va être évaluation de l'autonomie et de l'indépendance dans les AVQ, les transferts, réadaptation des troubles cognitifs et des troubles du comportement, positionnement, tout ce qui va être aussi formation auprès du personnel soignant, tout ce qui va être gestion de la chute, prévention de l'escarre. » « Je ne fais pas que de la gestion de matériel. Ça, c'est quand même aussi très cool de pouvoir un peu toucher à d'autres choses que juste l'ergo à gérer les fauteuils. » « Ça peut être des petits ateliers groupes, mais c'est aussi beaucoup de prise en charge individuelle. »	« Elles sont diverses et extrêmement larges et variées. » « Pour les personnes [...] très dépendantes, en fin de vie, on va être plutôt sur du positionnement, du confort, de l'installation. » « Pour des personnes qui ont encore de bonnes capacités, ça va dépendre de leurs demandes. Ça peut être très bien ré-évaluer les transferts, mettre en place des aides techniques. Comme ça peut être, s'ils veulent reprendre une activité, donc je les aide à essayer de refaire cette activité. Ça va aller du tricot, jardinage, etc. » « Ça va être aussi beaucoup de formations soignants, sur comment prendre en charge des personnes, comment s'adapter à leurs troubles, que ce soit troubles cognitifs, troubles anxieux » « J'accompagne, on accompagne aussi pas mal les familles, avec le psychologue, on fait un café des aidants »

	locations, tenir à jour les classeurs de location, les classeurs de matériel. » « à 50%, forcément, les journées passent vite parce qu'il y a toujours des soucis de positionnement [...] et puis, tu as des périodes où ça va un peu mieux sur tes missions principales, donc là, tu es amené à faire un peu plus de rééducation, de réadaptation » « On mettait beaucoup la pression pour le positionnement au fauteuil, pour le confort du patient, pour faire... Oui, ça il faut que j'en parle : pour faire des formations aux aides-soignantes, comment utiliser un lève-personne, comment utiliser un verticalisateur, comment manutentionner un résident, comment effectuer des transferts en ne se cassant pas le dos... pleins de formations. [...] c'est plein de choses qui sont très intéressantes mais quand tu es là à mi-temps, [...] le mardi, en plus, il y avait réunion Codir [...] ça prenait déjà toute la matinée. Ta matinée, elle est foutue. Le midi, j'aidais les résidents à manger. J'étais avec les aides-soignantes parce qu'il y avait toujours une pénurie d'aides-soignantes et l'après-midi, c'était les commandes de matériel. Quand je pouvais, une petite activité, mais ce n'était pas forcément tout le temps. » « Je participais au bilan d'entrée, ça me permettait de connaître un peu la personne, ce qu'elle aime, [...] ce qu'elle faisait de ses journées quand elle était chez elle ou à l'hôpital. »	« Il y a tout ce qui est gestion des projets [...] J'ai été amenée à monter le projet avec l'adjointe de direction, à être en relation avec les partenaires. » « En étant coordinatrice du PASA, j'ai aussi beaucoup de travail administratif sur la préparation des activités, la préparation des emplois du temps, des listes de résidents, d'actualisation, de participer aux réunions pour les projets personnalisés. »	« Il va y avoir aussi préparation des entrées [...] on se rend soit à domicile, [...], soit à l'hôpital, et on rencontre la personne. J'anticipe du coup les besoins, que ce soit besoin matériel, besoin au niveau de l'aménagement de la chambre. Ça permet aussi de savoir les habitudes de vie. » « Parfois, c'est de la rééducation, parce que parfois, il va y avoir une fracture, donc on va être sur la rééducation pour que la personne puisse de nouveau se coiffer, s'habiller. »
Q1.3	« J'ai toujours bossé à 50% en EHPAD, je n'ai jamais été à temps plein. Ça a toujours été des postes à mi-temps, soit 50%, soit moins. J'étais à 20%, 30%, 40%. »	« J'ai un équivalent temps plein sur l'EHPAD et je suis la seule en tant que paramed à avoir ça [...] c'est quand même aussi représentatif de comment on considère l'ergo dans cet EHPAD, en tout cas. »	« Je suis à l'EHPAD sur un temps plein »
Q1.4	« En général, ça tournait entre 50 et 100. C'est une grosse fourchette, mais dans le dernier EHPAD où j'ai travaillé, il y avait 60 résidents. »	« On accueille 95 résidents au total, au maximum, qui sont répartis en quatre unités différentes, dont deux unités protégées. »	« On a une capacité maximum de 80 résidents qui sont divisés en trois unités, de 27 à peu près chacune, [...], deux unités classiques et une unité protégée »

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 2 : LES POSSIBILITES OCCUPATIONNELLES AU SEIN DE L'EHPAD Q2 : Que diriez-vous concernant les possibilités occupationnelles existantes au sein de l'EHPAD dans lequel vous travaillez ? Q2.1 : Quelles possibilités occupationnelles existent pour les résidents ? Q2.2 : Quels sont les facteurs contextuels qui limitent ces possibilités ? Q2.3 : Quelles nouvelles possibilités pourraient-être selon vous proposées ? Q2.4 : Quels seraient les leviers mobilisables pour élargir ces possibilités ? [H1] Q2.5 : D'après vous, avec quels professionnels pourriez-vous collaborer pour identifier de nouvelles possibilités occupationnelles pour les résidents ? [H1] ?	- Facteurs limitants - La coopération avec les professionnels non soignants est identifiée comme un levier [H1 : validée] / n'est pas identifiée comme un levier [H1 : invalidée]

T2	E1	E2	E3
Q2.1	« Il y a quand même toujours la possibilité de faire des choses [...] j'ai toujours eu des directions qui étaient à même de pouvoir fournir assez de matériel » « Dans le dernier EHPAD, [...] j'avais des barres parallèles de kiné [...] On avait un parcours de marche à l'extérieur [...] et après, sur de l'aspect... sur des activités un petit peu plus manuelles, on avait beaucoup de cuisine avec l'animatrice [...] ateliers pâtisserie, il y avait des ateliers karaoké, loto. » « J'avais mis en place, moi, des sorties thérapeutiques. [...] c'était un EHPAD qui était en pleine ville [...] et il y avait un parc à 5 minutes à pied. [...] J'emmenais des groupes de résidents avec une ou deux aides-soignantes. Et on partait dans le parc se balader. Les résidents ont énormément aimé ça. Moi, je travaillais la marche. Je leur posais des questions. »	« On a la chance d'avoir déjà un très grand extérieur. Ce qui nous permet de sortir les résidents. » « On essaie vraiment de travailler sur ça, sur avoir, comment dire, une proposition assez exhaustive dans les activités qu'on peut faire » « On a quand même la chance de pouvoir proposer des choses très variées et d'avoir une direction qui nous laisse aussi un peu carte blanche, qui nous donne aussi du matériel quand on en a besoin. » « On a la chance d'avoir aussi une direction qui est très ouverte sur les projets et on a une équipe qui est assez dynamique et qui a beaucoup d'idées. Par exemple, les animatrices, elles ont monté une salle de bricolage. Il y a eu un salon de coiffure qui s'est ouvert. On a un café dans l'établissement aussi qui s'est ouvert cette année, qui est ouvert sur l'extérieur donc, ça permet aussi aux gens de l'extérieur du village de venir dans l'établissement et de prendre un café avec les résidents, par exemple. On a une crèche dans l'établissement donc, ça nous permet aussi de faire des activités intergénérationnelles. »	« On est plutôt assez chanceux, dans le sens où on est sur un EHPAD de plein pied, déjà, qui a un énorme jardin. » « à l'EHPAD, t'as souvent les trois mêmes demandes d'activités qui reviennent tout le temps, c'est bricolage, cuisine, jardinage. Et nous, ici, le jardinage, déjà, on a l'espace, on a le jardin. Donc là-dessus, on a beaucoup de possibilités » « On est un petit EHPAD, enfin une petite équipe donc tout le monde est assez accessible. C'est-à-dire que, tu vois, je peux, pour un besoin de bricolage, aller voir l'agent de maintenance très facilement. Enfin, c'est à côté. Tout ce qui est cuisine, ils sont trois en cuisine donc tu vois, c'est très accessible. Donc on a quand même pleins de possibilités là-dessus. » « Notre direction, elle est plutôt... Tout ce qui concerne le résident, ils sont très ouverts. Honnêtement, je pourrais demander n'importe quel matériel pour n'importe quelle activité, tant que ça ne coûte pas des mille et des cents, ils sont très ouverts donc il n'y a pas de limite au niveau de la direction »

		« On a donc le PASA qui nous permet de faire des activités comme la cuisine, le jardinage, du ménage, de la musique. » « On a la chance d'avoir deux animatrices qui se répartissent sur la semaine. Donc, il y a beaucoup de temps d'animation. » « On a aussi la chance d'avoir un jardinier avec qui on peut faire des ateliers thérapeutiques parce qu'il s'est formé pour accompagner les personnes avec des troubles cognitifs. » « On a quand même beaucoup de thérapeutes qui viennent sur place et qui peuvent proposer des activités assez variées pour essayer de répondre le plus possible aux différentes activités de loisir que peuvent aimer les résidents. » « On a notamment deux kinés. On a une psychomot qui vient une journée par semaine. On a un APA qui vient une fois par semaine. On a une zoothérapie, une art-thérapeute, on avait le musico qui est parti mais on en avait une... »	
Q2.2	« Une fois que tu as géré un peu tous les fauteuils, tout le matériel, il ne te reste plus grand temps pour faire autre chose. » « En termes d'activités purement occupationnelles, je n'en faisais pas tant que ça. Mais quand il y en avait, c'étaient des choses vraiment très simples. Il n'y avait pas vraiment de trucs sophistiqués. C'étaient des activités vraiment très simples. Je n'ai jamais fait trop de bricolage, d'activités vraiment très manuelles parce qu'on n'avait pas forcément le temps et le matériel pour le faire. » « Là où je suis resté un an, l'animatrice et la psychologue sont parties à deux semaines d'intervalle. Elles ont démissionné à deux semaines d'intervalle. Ce qui fait qu'on a eu plein de projets, c'est un peu tombé à l'eau. »	« Il y a des freins déjà au niveau architectural [...] on manque un peu de pièces dédiées pour faire des animations dans des endroits calmes [...] On est quand même en difficulté par rapport à ça pour des ateliers de groupe ou même pour des prises en charge individuelles [...] souvent, je me retrouve à les faire soit dans le salon, soit dans la chambre. » « Et un des freins qu'on a également, c'est au niveau des sorties extérieures parce que nous n'avons pas de véhicule adapté. » « Des fois, on a des projets qui nécessitent un investissement financier de la part de l'établissement, qui ne sont pas prêts à mettre. » « Et un frein aussi, c'est... [...] le temps, en fait. Parce qu'il y a des projets qui demandent un temps de préparation pour qu'ils soient bien faits [...] On a besoin de temps, justement, pour se réunir, pour discuter, pour essayer. » « Je dirais que le frein principal, c'est des fois le non-investissement des soignants. Ça va beaucoup retomber les activités sur l'ergo, la psychomot et les animatrices. »	« Là où on est peut-être le plus freiné, c'est qu'on est en campagne bien profonde [...] quelqu'un qui dirait « J'aimerais bien aller de temps en temps [...] boire un coup au bar, au restaurant », on est excentré. [...] C'est là où je pense qu'il y a le plus de frein. C'est plutôt au niveau de notre localisation. » « Ce qui va être plutôt purement vie quotidienne, type mettre la table, ce genre de choses, ça peut être freiné parfois par le turnover des équipes. C'est à dire qu'on va peut-être travailler avec des équipes sur l'organisation pour que telle personne puisse [...] mettre la table. Il suffit que ce soit un week-end ; moi, je ne suis pas là, la plupart des rééducateurs ou personnes administratives ne sont pas là, si c'est des remplaçants, et bien ça ne se fait pas. »

		« J'aimerais qu'il y ait un peu plus dans les mentalités et dans le fonctionnement des secteurs qu'on laisse les gens faire les choses. Parce qu'on est toujours là à essayer de les surprotéger de tout. » « Des freins, on peut en trouver comme ça des millions, parce qu'il y en a vraiment pleins, et on peut se concentrer que sur le négatif. Mais il y a quand même pleins de choses qui peuvent être faites. »	
Q2.3	« On aurait toujours envie de faire pleins de choses »	« Il faut quand même pas oublier qu'EHPAD égal lieu de vie. En fait, les gens, ils sont chez eux donc, quand on est chez soi, oui, on fait la cuisine ; oui, on fait le ménage ; oui, on met le couvert pour manger ; oui, on salit des affaires mais on va faire une lessive et en fait, moi, j'aimerais que ce soit toutes ces activités qu'ils avaient chez eux qu'on puisse reproduire au maximum sur les secteurs parce qu'il y a plein de résidents qui adorent faire ça. »	
Q2.4	« Les familles peuvent être un levier dans le sens... [...] Je sais que quand j'ai mis les sorties au parc en place, les familles étaient ravies et il y a des familles qui venaient avec nous. » « Et puis, les personnes elles-mêmes. Il y a des personnes qui m'ont demandé de pouvoir faire des choses en extérieur. »	« On a reréfléchi à comment on pouvait un peu cloisonner différents espaces pour qu'il y ait un espace de repos un peu cocooning, avec une bibliothèque, un petit truc de musique, etc. Un espace plus d'animation en groupe, avec des tables, avec...en libre-service, dans des tiroirs, des colorriages, des feutres, des balles... » « On a reréfléchi à un agencement de l'environnement pour favoriser des lieux où les résidents peuvent faire des activités en autonomie » « Reréfléchir aussi sur un endroit où les familles puissent être tranquilles avec leurs parents » « Dans une des unités protégées, la cuisine, elle est sans arrêt fermée [...] il y a pleins de résidents qui veulent juste débarrasser leur plateau, qui veulent aller se chercher un gâteau, qui veulent passer un coup de balais. En fait, on leur interdit de faire plein de choses [...] donc, nous, là, ce qu'on voudrait, c'est ouvrir cette cuisine, qu'elle soit en libre-service pour les résidents. » « Les soignants, ils ont beaucoup de mal à comprendre, ils ont beaucoup de mal à accepter, c'est peut-être que les choses sont en libre-service [...] Mais, deuxième levier, la formation. La formation des soignants sur justement l'accompagnement des personnes qui ont des troubles cognitifs et des troubles du comportement. Tout l'intérêt	« Et puis j'ai la famille, qui est un levier quand même des fois qui peut me donner quelques infos sur ce que la personne aimait »

		et tous les... Comment on dit ? Tous les bénéfices, en fait, des activités occupationnelles. » « Le troisième levier qui passe après la formation, c'est changer certaines pratiques, des pratiques qu'on a actuellement sur l'établissement où on restreint énormément la participation des résidents. Tout bêtement. Un truc vraiment classique. La mise de la table. Super. Les ASH, ils vont mettre la table à 10h du matin. [...] Et en fait, c'est quelque chose qu'ils ne font pas avec les résidents. » « Des choses à faire, il y en a à 150 milles en plus. Mais en fait, les gens, enfin les soignants de manière générale, ne s'en investissent pas et je trouve que ça pourrait être changé s'ils étaient formés et si on changé un petit peu les pratiques. Ça demande du temps et ça demande de... C'est un projet d'établissement donc en fait, il faut qu'il y ait la direction qui soit derrière parce que moi, toute seule, je n'y arriverais pas et il faut que les gens, ils aient envie de s'investir [...]. Mais je reste persuadée qu'en formant le personnel régulièrement et en les accompagnant justement dans la mise en place de ce type de projet, c'est quelque chose qui peut marcher et qui peut agrandir les possibilités occupationnelles. »	
Q2.5	« L'équipe soignante qui peut être aussi levier parce qu'ils demandent à ce que les personnes puissent être occupées dans la journée. » « On n'y pense pas forcément, mais ça peut être les intervenants extérieurs aussi. [...] Ce qui marche beaucoup, c'est la zoothérapie en EHPAD. » « On devait mettre en place des sorties au marché, mais ça ne s'est jamais trop fait. [...] Avec l'animatrice. Après, c'était un peu délicat parce que comme je t'ai dit au début, il y a beaucoup, beaucoup de turnover. »	« Il y a pleins de professionnels qui ne sont pas forcément dans le médical ou dans le paramédical, qui veulent s'impliquer autrement que juste faire leur taf de base de : « je suis ASH ; j'entretiens les locaux », « je suis cuisinier ; je suis dans ma petite cuisine et je m'en fous du reste », il y a vraiment cette envie, chez la plupart des professionnels, de s'ouvrir aussi à autre chose que leur taf et partager du temps avec les résidents. » « Je me rappelle, il y a une lingère qui voulait faire un atelier de pliage de linge avec les résidents. Et ça, je me suis dit, c'est pas partout qu'on a ça. On a loupé le coche avec les animatrices par rapport à cette fille qui était hyper motivée. Une fois que les gens n'ont plus la motivation, c'est mort, on peut pas reprendre en arrière. Mais trop bien que l'idée vienne d'elle et pas de nous parce qu'en fait, nous, on a plein d'idées, mais quand ça ne vient pas des gens, les gens ne s'impliquent pas pareil. »	« Je peux très bien collaborer avec notre direction, secrétaire, adjointe. L'IDEC, elle est également très ouverte à tout ce qu'on peut proposer. Je te disais, on peut très bien travailler facilement aussi avec l'homme de maintenance pour tout ce qui va être plutôt bricolage [...] je collabore beaucoup avec le psychologue [...]. La cuisine, ça peut également. » « La collaboration avec certains soignants c'est possible aussi. On a une soignante qui fait de la peinture. Parfois, elle propose des ateliers de peinture pour les résidents même sur ses temps de repos. [...]. Elle fait aussi la chorale donc des fois elle les fait chanter. » « On a une animatrice en temps plein et on a une aide-animatrice, [...]. Elles aussi, il n'y a pas de souci au niveau de la collaboration puisque, on va dire, c'est presque l'essence de son métier. »

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 3 : LA COOPERATION DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE Q3 : Comment la coopération avec les autres professionnels de l'EHPAD s'inscrit-elle concrètement dans votre pratique quotidienne ? Q3.1 : Avec quels professionnels coopérez-vous ? Q3.2 : Avec quels professionnels ne coopérez-vous pas ? Q3.3 : Quelles sont les situations où vous devez coopérer ? Q3.4 : Que vous apporte cette coopération ? [H3] Q3.5 : Quels sont les limites de cette coopération ? Q3.6 : De quelle façon la coopération peut-être un atout pour pérenniser la participation occupationnelle des résidents dans le temps ? [H3]	- La coopération effective avec des professionnels non-soignants - La coopération permet [H3 : validée] / ne permet pas [H3 : invalidée] le maintien de la PO des résidents en dehors du temps de présence de l'ergothérapeute

T3	E1	E2	E3
Q3.1	« J'ai travaillé beaucoup avec des animateurs et animatrices, avec la psychologue »	« Les professionnels avec qui je coopère sont donc les animatrices, tous les professionnels paraméd, que ce soit kiné, psychomot, tout ce qui va être aussi thérapeute, genre zoothérapie, art-thérapeute, l'ASG du PASA, forcément avec qui je suis beaucoup en lien, avec un petit peu les neuropsych [...] avec aussi, quand même, les aides-soignantes, je coopère plutôt à l'oral. Dans le sens où je vais chercher avec elles des éléments. » « Je coopère un petit peu avec le personnel de maintenance et le jardinier, qui sont eux très ouverts aussi à faire des ateliers de bricolage ou du jardinage avec les résidents. »	« Je peux collaborer avec toutes personnes qui travaillent au sein de l'établissement sans grande difficulté, en fonction bien évidemment de leur organisation, de leur charge de travail. »
Q3.2	« J'avoue que le service administratif, pour le coup, que ça soit comptable [...] la direction, même l'infirmière-coordinatrice [...] Ça, c'est des pros avec qui je coopère quand même beaucoup moins, parce qu'ils ne sont pas proches du patient et ils vont gérer vraiment beaucoup toutes les choses administratives. »	« Les personnes avec qui je coopère un tout petit peu, ça va être les IDEC [...] elles ne sont pas dans les activités, elles ne prennent pas part aux activités, puisque ce n'est pas leur rôle, tout simplement. Donc ça, c'est des personnels avec qui je ne coopère pas tellement. Je ne coopère pas trop non plus, même pas du tout sur le niveau	« les professionnels où c'est un peu plus difficile de collaborer parce qu'ils ne sont pas présents tout le temps ça va être les kinés. »

		des activités, avec la direction. Donc la directrice, et la RH. »	
Q3.3	« On devait mettre en place des sorties au marché, mais ça ne s'est jamais trop fait. [...] Avec l'animatrice. » « J'avais mis en place, moi, des sorties thérapeutiques. [...] J'emmenais des groupes de résidents avec une ou deux aides-soignantes.		« je vais tout le temps aller voir les personnes qui sont concernées par rapport à ce que je fais pour les prévenir de ce que je vais faire »
Q3.4	« Autant moi, je vais amener mon regard ergo sur l'activité, autant la personne peut amener un regard, que ce soit d'animation, ou un regard de psy, ou un regard kiné, ou un regard... Enfin, en fonction de ce que tu proposes, la personne peut amener peut-être un regard différent de toi. » « Ça peut être les infirmières, les aides-soignantes, même les ASH qui t'apportent beaucoup plus d'informations qu'on ne le croit parce qu'ils passent du temps avec les résidents et des fois, ils entendent des choses que toi, tu n'entends pas forcément. [...] ça te permet d'avoir plus d'informations sur ta sortie, d'avoir un feedback sur ce qui s'est passé et de pouvoir peut-être réajuster ton activité. » « Si c'est une activité manuelle, par exemple, tu n'as pas forcément le regard sur tout ce qui se passe [...]. Je pense à l'atelier pâtisserie avec l'animatrice. [...] Tu es en train de faire un truc avec un résident puis l'animatrice, elle te prend à part, elle te dit tiens, fais attention, Mme Intel, elle a du mal à mélanger ou elle manque de force par rapport à ça, etc. Là, tu dis ok, on va mettre quelque chose en place, on va essayer de l'aider qu'elle puisse réussir à faire ça. » « Donc soit ça peut être un regard extérieur, soit ça peut être complètement t'apporter une compétence au niveau du résident. Tu vois, par exemple, la psy qui va te dire fais attention parce que la mise en échec va créer de la frustration. » « Ça permet que le résident soit pris dans sa globalité, comme je te disais, de façon holistique et que tout le monde puisse participer à la vie du résident, même dans des activités thérapeutiques. »	« Nos animatrices sont quand même dans un aspect où elles vont chercher le maintien de certaines capacités et qu'elles vont essayer de chercher des activités qui ont du sens [...] et ça, c'est par aussi le regard de l'ergo et de la psychomot qui leur apportent des connaissances et il y a un peu une formation par rapport à ça qui leur permet aussi de revoir un petit peu leurs ateliers ou leurs activités et même les personnes qu'elles prennent en groupe. » « On essaie de se dispatcher un peu partout pour qu'il y ait des activités tous les jours, au moins une par jour pour chaque unité. » « Ce que je préconise, c'est de s'intéresser réellement aux métiers des autres gens, à leur charge de travail réelle et à ce qu'ils vivent au quotidien [...] En fait, vivre aussi ce que vivent les autres personnels dans l'établissement, c'est hyper important pour deux choses. Déjà, pour pouvoir collaborer, il faut savoir ce que ton collègue fait, parce que si tu ne sais pas, c'est quand même compliqué de collaborer et ensuite, nous, derrière, ça nous permet aussi de nous rendre compte de ce qui est faisable et ce qui n'est pas faisable. »	« c'est essentiel [...] on est sur un lieu de vie [...] on est obligé de collaborer avec toutes les personnes qui sont présentes parce que sinon il va y avoir des couacs, des manquements, la continuité elle ne va pas se faire [...] on évite qu'il y ait des oublis [...]. Ça permet aussi que l'info passe à tout le monde et que tout le monde se sente concerné. » « Il [l'homme de maintenance] me donne aussi un peu des coups de main pour le jardinage parce qu'il a des connaissances beaucoup plus poussées que les miennes. »

Q3.5	« Là où je suis resté un an, l'animatrice et la psychologue sont parties à deux semaines d'intervalle. Elles ont démissionné à deux semaines d'intervalle. Ce qui fait qu'on a eu plein de projets, c'est un peu tombé à l'eau. » « La pratique fait que c'est très dur à mettre en place, notamment parce que tu sais que les aides-soignants et la population qui travaille en EHPAD a du mal à rester fixes. Donc il y a beaucoup de turnovers, de jeunes qui ont du mal à rester en poste. »	« C'est vrai que parfois, moi, j'ai aussi un peu cette impression, en EHPAD, qu'en fait, on bosse un peu chacun de notre côté, et qu'on n'est pas tous en lien. En fait, on a l'impression qu'il faut tellement couvrir une surface de terrain et couvrir un nombre de résidents, qu'on a l'impression que si on est tout seul, on va pouvoir faire plus d'activités, et donc, on va pouvoir occuper plus de personnes » « Ce qui est dommage, c'est de ne pas faire plus d'activités en binôme avec un personnel soignant ou non soignant. » « La coopération et la collaboration, c'est un mot qu'on utilise H24 pour tout et pour rien et en fait, on ne sait pas ce que c'est, on ne sait pas le faire au quotidien. On ne nous apprend pas ça à l'école mais dans aucune école, tu vois. On entend, oui, « il faut collaborer », « il faut collaborer ». Mais en fait, on fait comment ? Ça veut dire quoi, en fait, coopérer ? Et effectivement, le fait que chacun trouve sa place et que... Mais que nos compétences respectives soient mises en valeur, c'est pas du tout évident et je dirais que le truc le plus dur quand tu bosses en équipe, ben c'est de bosser en équipe, en fait. Bosser avec les résidents, on sait tous faire. À l'école, on t'apprend très bien à faire des prises en charge, à faire des ateliers, c'est super. Mais alors bosser tout seul ou avec d'autres ergos, avec des équipes soignantes, avec des gens qui ne connaissent pas ton métier, etc., je peux te dire que c'est franchement la partie la plus difficile de nos métiers : c'est de collaborer. » « Souvent, quand on se retrouve en difficulté dans des accompagnements, c'est parce qu'en fait on n'a pas réussi à collaborer avec les professionnels. »	« Les aides-soignants malheureusement ça tourne beaucoup, il y a des démissions, il y a des nouveaux, il y a des remplaçants, ça tourne tout le temps et du coup, c'est tout le temps à redire... reformer, réexpliquer, tracer le plus possible [...] mais même en faisant tout ça, honnêtement, il y a des couacs. »
Q3.6	« Si la personne a plus de lien avec un autre thérapeute que moi ou une autre personne que moi, et qu'on est toujours tous les deux à faire l'activité, ça va peut-être l'aider à venir. » « Il y a un monsieur qui était maire de son village. [...] il était en charge tous les midis, du lundi au dimanche, d'annoncer les nouvelles du journal aux autres résidents [...] Ça, c'est tous les professionnels, on peut peut-être appeler ça une coopération [...] on l'encourageait dans ça,	« La logique qu'on essaye d'adopter sur les établissements, c'est un peu ça. Parce qu'après, c'est un peu une demande aussi de la part de la direction. Il faut essayer de faire en sorte que, vu qu'on est pleins de professionnels, au lieu de faire des trucs à deux, on fait des trucs tout seul pour couvrir un maximum. » « Il ne faut quand même pas oublier que le week-end, il n'y a plus personne. Donc, le week-end, en fait, c'est vide. Et c'est là où, nous, on se pose aussi la question de, est-ce	« À partir du moment où les personnes tu les impliques, ben du coup c'est aussi leur projet, c'est aussi eux qui ont mis ça en place, donc ils sont contents, et donc ils vont le faire vivre. » « Plus il y a de personnes impliquées, plus on est sûr que... et puis nous c'est notre travail donc en cas d'absence, on est sûr que ça va suivre. On est sûr qu'il y en a d'autres qui vont pouvoir prendre le relais. »

tous les professionnels, plus on l'encourageait dans ça, plus il était motivé à venir. [...] Et là, il faut qu'on soit coopérant de ce côté-là, il faut qu'on ait tous le même discours. »	qu'à un moment donné, on ne reréfléchirait pas à nos contrats et à nos interventions pour qu'il y ait au moins une animatrice ou une ergo ou quelqu'un le week-end qui puisse, en fait, notamment le samedi, qui puisse intervenir et faire des activités avec les résidents. »	« Le but, c'est que ça devienne des habitudes pour tout le monde et comme ça, ça se pérennise et ça devient évident. » « Je ne peux pas être partout sur tous les fronts, je ne peux pas être sur 80 personnes non plus. » « Je ne peux pas répondre à tous les besoins, parce que je n'ai pas six bras [...] il y a des choses qui sont purement [...] de l'animation [...] je peux juste réorienter vers le professionnel qui est dédié à ça [...] elle fait régulièrement des activités jeux de société, ou jeux de cartes, du coup, c'est plus simple au niveau organisationnel de dire, j'ai telle et telle personne, il n'y a pas d'adaptation à prévoir, les personnes veulent juste jouer à la belote [...] je vais aller peut-être plus vers l'animatrice [...] mais il n'y a pas besoin que ce soit moi qui joue à la belote. » « le fait de collaborer, ça permet de pouvoir répondre à tout le monde parce qu'on n'est pas dans un monde idéal et moi, je suis là du lundi au vendredi, je ne suis pas là du week-end, on a aussi nos heures de travail [...] donc est obligé de collaborer et pour que les choses soient faites quand elles doivent être faites, et pour pouvoir répondre à toutes les demandes, parce qu'on est obligé un petit peu de se couper. »
---	---	---

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 4 : LE PARTAGE DES RESPONSABILITES CONCERNANT LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE Q4 : Selon vous, quels professionnels sont responsables de la participation occupationnelle des résidents ? Q4.1 : Quel est votre rôle en tant qu'ergothérapeute ? Q4.2 : Quels sont les rôles des autres professionnels ? En particulier celui des non-soignants ? Q4.3 : Comment vous partagez-vous cette responsabilité ? Q4.4 : Quels sont les outils qui peuvent vous aider ? Q4.5 : D'après vous, en quoi la coopération permet à chaque professionnel de trouver sa place ? [H2]	- Rôles identifiés pour chaque professionnel - Expression d'un point de tension concernant la répartition de ces rôles - La coopération permet [H2 validée] / ne permet pas [H2 : invalidée] de clarifier ces rôles.

T4	E1	E2	E3
Q4.1	« En théorie, on est censé être un petit peu les seconds coordinateurs de l'EHPAD, c'est-à-dire qu'il y a l'infirmière coordonnatrice qui va gérer le côté soins, et nous, le côté paramédical va beaucoup tourner autour de nous. C'est-à-dire que la psychologue, l'animatrice, même l'agent d'entretien, et puis les aides-soignantes, quand elles sont motivées pour faire, ça va graviter autour de nous. C'est nous qui allons mettre des choses en place. Par exemple, ça peut être des activités thérapeutiques, ça peut être la cuisine thérapeutique, ça peut être des choses comme ça. » « L'ergothérapeute n'est pas un animateur et moi, je tiens vraiment à ce que ça, ça soit respecté » « Si je mets en place des animations, il faut qu'elles soient thérapeutiques » « Si je fais quelque chose [...] C'est parce que l'occupation que je propose ou l'activité que je propose va soit maintenir leurs capacités, soit développer quelque chose qu'ils ont » « si je fais du jardinage, ce n'est pas juste pour faire du jardinage. C'est parce que je veux voir si la personne tient	« La différence entre les animatrices et les thérapeutes, c'est que nous, quand on va faire une activité à une personne, c'est qu'on a un objectif thérapeutique. On attend quelque chose de cette activité. Que ce soit pour l'évaluer, pour maintenir ses capacités. » « Nous, on va chercher un peu plus finement sur pourquoi, comment, quel est le but de la manœuvre parce que nous, les activités ne sont que des moyens et des prétextes pour faire travailler ce qu'on veut faire travailler aux gens finalement. Travailler tel type d'attention, travailler telle praxies »	« Moi, évidemment, je vais avoir un regard [...] je ne passe pas à côté d'un besoin au niveau de la participation. On pourrait presque me mettre comme référente, mais honnêtement, on est tous responsables en fait » « je fais un bilan d'entrée [...], je vais relever les besoins, les attentes des résidents » « à chaque entrée du résident, je fais mon bilan, et j'utilise un outil qui est l'ELADEB [...] à tous ceux qui sont capables. Une fois que l'ELADEB, elle est faite, je remplis un MOHOST [...] ce qui me permet vraiment du coup d'avoir comme ça un profil un peu général au niveau de la participation occupationnelle de la personne et du coup ce qui peut être limitant et ce qui peut être à l'inverse un levier. » « Il y a des situations où je vais être là peut-être plus en évaluateur, il y a d'autres situations où je vais être plus le lanceur d'alerte et où je vais coordonner tout » « on a un monsieur [...] qui aime beaucoup bricoler [...] mon rôle sur cette situation là, ça a plutôt été de prévenir au staff de direction [...] prévenir à ce que déjà, tout le monde ait l'air d'être d'accord pour que

	debout devant un bac de jardin, si elle sait s'accroupir [...], si elle sait gérer la plantation de quelque chose [...] si elle pense à l'arroser » « On a un rôle parce qu'on fait partie de l'EHPAD et qu'on fait partie intégrante de l'équipe soignante et non soignante parce que nous, c'est vrai qu'on a un peu la double casquette aussi [...] Pour moi, on a un rôle quand même de coordinateur. [...] et ce rôle de co permet peut-être de faire du lien entre les soignants et les non soignants. C'est peut-être dans ce rôle-là qu'on a quelque chose à chercher. [...] c'est des choses qui pourraient se mettre en place et qui se mettront, je pense, très difficilement en place honnêtement parce que personne n'a le temps et personne ne le veut mais ça pourrait être intéressant d'avoir cet aspect de coordinateur des activités thérapeutiques »		quelque chose soit mis en place. Comme ça, moi, ça me permettait en même temps de demander à l'homme de maintenance [...] quand quelque chose est livré [...] tu ne construis pas, tu me le laisses, moi, je vois avec le résident un créneau possible et ensuite, moi, je le fais avec lui [...] Parce qu'on est sur un Mr qui est hémiprélégique. Donc, [...] ça me permet d'adapter à ses difficultés [...] là où, parfois, l'homme de maintenance est moins formé. »
Q4.2	« En termes d'activités purement occupationnelles, je n'en faisais pas tant que ça [...] L'animatrice faisait un petit peu plus parce qu'elle avait le temps pour le coup. » « Pour moi, tous les professionnels sont responsables [...] Là, pour le coup, tu peux inclure la direction. Parce que l'avantage de la direction, c'est qu'ils ont un poids [...] Il y en a peut-être qui sont plus importants que d'autres. Ceux qui gravitent autour du résident, forcément, sont plus à même de voir le résident. C'est sûr que le cuisinier, il voit peut-être un peu moins le résident et c'est peut-être pas lui qui va lui dire, « Tiens, il faut faire ci, il faut faire ça. » Mais oui, pour moi, tous les professionnels ont leur place. Tous ceux, en tout cas, qui travaillent en EHPAD ont leur place et ça ne choquerait pas de voir quelqu'un intervenir dans la participation d'un résident. » « Les ASH, qui distribuent le petit déjeuner, qui font le ménage, avec les aides-soignantes, infirmières forcément qui sont autour du patient et qui gravitent beaucoup à le voir du matin au soir. Ils te donnent quand même beaucoup d'informations. L'animatrice [...] peut te donner ces informations-là. La psychologue aussi, qui parle beaucoup avec les résidents. »	« Les animatrices, elles sont vraiment dans une dynamique, pour moi, c'est un peu des ergo bis, on va dire, dans le sens où elles sont très axées sur les activités de la vie quotidienne [...] elles sont très preneuses de conseils et d'indications de la part de la psychomot ou de moi-même, notamment sur tout ce qui est accompagnement des gens qui ont des troubles cognitifs [...] elles sont très ouvertes sur tout ce qui va être Montessori, des trucs comme plier du linge, préparer le goûter, laver les tasses, des activités qui ressemblent plutôt à ce que les gens faisaient chez eux et elles essayent de mettre du sens dans tout ce qu'elles font. Donc, elles font vraiment un super travail [...] elles essayent toujours de trouver des activités qui correspondent aux résidents et d'être à l'écoute aussi de ce qu'ils demandent. » « Les animatrices, leur but, c'est essentiellement, on va dire, c'est de l'occupationnel pur et dur à la base même si nos animatrices sont quand même dans un aspect où elles vont chercher le maintien de certaines capacités et qu'elles vont essayer de chercher des activités qui ont du sens » « Leur objectif à elles, c'est pas thérapeutique, elles n'ont pas quelque chose qui a une visé en fait. Le but, c'est juste de créer du lien social, de mettre un peu de vie dans	« les aides-soignants, [...] parce qu'ils les voient tout le temps, les week-ends, la nuit, la journée, ils vont relever des choses [...] et du coup, ils vont être très proactifs là-dessus » « au niveau du pôle de la direction, [...] ils sont attentifs à ce que les résidents soient le mieux possible. » « Le psychologue, lui, va être attentif à leur bien-être, donc ça rejoint. » « L'homme de maintenance [...] il apporte les connaissances [...] si on veut construire vraiment quelque chose de nos mains, lui, il sait faire [...] pareil pour le jardinage, il aide beaucoup »

		L'EHPAD et de faire en sorte que les résidents s'occupent dans la journée, ce qui est ultra important. Elles ont un rôle très très important au sein des EHPAD » « Les infirmières, elles ne prennent pas part aux activités, je ne coopère pas tellement avec elles sur ça, mais il y en a qui sont quand même super intéressées. Il y avait même une infirmière qui avait un projet de monter des sorties justement extérieures avec les résidents. On n'a pas été au bout du projet, mais petit à petit, il y a quand même une ouverture par rapport à ça, même si ce n'est pas du tout leur rôle principal » « Les aides-soignantes [...] elles vont pouvoir repérer des fois des activités de loisirs qui plaisent aux résidents que moi je n'ai pas forcément pu identifier auparavant. Et il y a quand même aussi un retour avec les aides-soignants de comment s'est passée l'activité, qu'est-ce qui a fonctionné, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné. »	
Q4.3	« Il faut que chacun reste dans sa fiche de poste. Ça, c'est important. Il ne faut pas qu'on commence à empiéter un peu les uns sur les autres. » « Je ramène toujours à ma fiche de poste. [...] Ce n'est pas écrit que je dois être animateur. [...] Ce n'est pas que je dénigre le métier d'animateur ou d'animatrice, pas du tout. Ils font un travail énorme et je suis super content qu'il y en ait dans l'EHPAD. C'est juste qu'on a des compétences qui doivent être mises en place pour des choses précises. »	« Comme elles sont deux, elles font chacune un secteur. Par exemple, le matin y en a une qui est au premier et une qui est au deuxième et moi, en attendant, je tourne sur des prises en charges individuelles ou bien je suis au PASA » « On essaye de se répartir entre nous et de faire quelque chose [...] dans la logique des choses [...] sur les activités qu'on peut proposer. Par exemple, le lundi matin, les animatrices, elles vont faire du créatif et moi, l'après-midi, je vais plutôt faire du moteur ou inversement » « C'est une sacrée organisation, mais on arrive à s'en sortir parce que je pense qu'il y a une bonne communication entre nous, il y a une bonne entente et on essaye de faire quelque chose aussi qui est logique »	« Je pense qu'on est tous responsables en fait, à chacun notre niveau. » « Je pense qu'il y a deux cas de figure différents. Le cas de figure où le souhaite, [...] c'est une activité qui est déjà en place, ou un fonctionnement qui est déjà en place, je vais prévenir les personnes concernées [...] Si [...] quelqu'un qui veut aller à la messe [...] je préviens l'animatrice qui est la personne qui gère [...] Le cas le plus complexe, c'est quand quelqu'un souhaite quelque chose qui n'existe pas ou qui n'est pas fait. [...] Moi, je vais, du coup, aller voir soit la direction pour dire, ben là, j'ai une demande, il faudrait peut-être faire un achat. Si c'est une organisation à mettre en place [...] par exemple, imaginons une dame qui veut faire elle-même le ménage de sa chambre [...] il va falloir plutôt que j'aille voir les personnes qui s'en occupent donc nous, on a ici aussi une auxiliaire référente qui gère tout ce qui est auxiliaires de vie [...] de dire, ben voilà, moi, j'ai cette personne qui aimerait faire ça. Comment selon toi je peux faire pour transmettre l'info ? Est-ce que c'est toi qui la transmets ? Est-ce que c'est moi ? Est-ce qu'on fait un affichage ? Pas d'affichage ? »

			« va aller voir les personnes qui sont concernées, qui ont l'habitude de faire ça, pour avoir leur accord, pour avoir leur organisation [...] ça me permet d'avoir un peu déjà des idées en tête [...] Je peux aller voir le résident, voir avec lui [...] est-ce qu'il a quand même des besoins ou pas de besoin [...] on co-construit comme ça, en fait » « ça dépend tellement des situations, des résidents, que forcément, on s'adapte à chacun. Chacun va avoir une place différente par personne et les besoins en vigueur » « quelqu'un qui a une demande parce qu'il veut juste refaire une activité, mais il n'y a rien de quoi en faire de plus, je vais aller sur l'animatrice. Parce que moi, ça me permet de pouvoir me concentrer sur une autre personne qui là, a peut-être besoin d'ergothérapie pour la réalisation de ce qu'elle souhaite faire »
Q4.4	« Ça peut être via le logiciel, ça dépend quel logiciel tu utilises, le logiciel patient, sachant que ce qu'il faut bien faire attention, c'est que les soignants et les non-soignants n'ont pas les mêmes accès. [...] l'animatrice n'avait aucun accès aux données de santé. [...] si tu mets quelque chose dans les transmissions du patient, l'animatrice n'a pas forcément tous les accès non plus. »	« On fait souvent, ça nous est arrivé surtout au début quand je suis arrivée, avec les animatrices, justement, de se poser en réunion, toutes les trois, pour discuter justement de comment on se répartit sur les secteurs et quelles activités on propose et pour qui » « Ça passe beaucoup par de l'échange en direct et par mails et par quelque chose de visuel. Donc, avoir des plannings par secteur. » « On est assez autonomes. Quand il y a une difficulté quelque part, ou quand on a besoin de quelque chose, on va s'appeler » « On a des documents partagés [...] on a tout un système de partage d'emploi du temps » « Dans l'établissement, notre outil principal de communication entre soignants, ça va être NETSoins. Sauf que les animatrices qui ne sont pas dans le soin, ce n'est pas leur outil principal. [...] Ça pose souci dans le sens où parfois, elles ne sont pas au courant d'une avancée ou d'une altération d'un résident, des problèmes de santé, etc. [...] Nous, on a cet outil-là entre professionnels de santé, mais c'est vrai qu'avec les animatrices ou les personnes qui ne sont pas forcément... Par exemple, les ASH ou les personnels de maintenance	« on a notre logiciel, donc tout est tracé toujours. » « Sur notre logiciel, on peut rentrer quels sont les centres d'intérêt des personnes et pré-inscrire des gens aux activités » « ici, on utilise NetSoins [...] on a un onglet qui s'appelle « vie sociale et activités » donc, vie sociale, ça peut être... On va mettre tout ce qui fait que le recueil, donc toutes les infos le concernant, ses centres d'intérêts, ce qu'il aime faire, s'il y a des choses qu'il n'aime pas. Voilà... c'est là qu'on va retrouver le projet personnalisé » « On a beaucoup de réunions ici. Sur tous les sujets. Donc tout est transmis dans les réunions, dans les comptes rendus. » « Tous les matins, on a un staff de direction avec chaque représentant de chaque pôle donc les grosses décisions peuvent être prises à cette réunion là. » « En EHPAD, on a une obligation légale, c'est que chaque résident ait un projet personnalisé [...] avec la liste des objectifs qui le concernent. Bien évidemment, ça c'est le genre de chose qui est inscrit automatiquement dans le projet personnalisé. » « tous les quinze jours, on a une réunion : animatrice, psychologue et ergo [...] on va pas attendre forcément la réunion, mais ça permet un petit peu quand même de formaliser la chose »

		ou le jardinier qui fait des activités thérapeutiques des fois avec nous, mais qui ne sont pas du tout sur NETSoins parce que ce n'est pas leur outil principal de travail. »	
Q4.5	« Je pense que ça créer du lien et c'est surtout que ça rend chacun, ou disons, ça place chacun dans le projet de soins, tout simplement, du résident. Et t'as beau ne pas être soignant, tu peux rentrer dans un projet de soins. »	« Une partie oui, une partie en cours, on va dire. Dans le sens où, pour moi, le rôle des animatrices, oui, il a évolué. La coopération avec, notamment, ergo/psychomot, leur a apporté des connaissances théoriques et, du coup, plus de bagages pour accompagner et proposer des activités qui ont du sens et qui sont pertinentes. Et je pense que, dans la même logique, ça pourrait aider les soignants et leur rôle de soignant pourrait totalement évoluer. Dans le sens où, là, on est encore beaucoup cantonnés à des soignants qui se restreignent, d'un côté un peu eux-mêmes, à des activités de nursing et d'aide au repas, et pas du tout dans le loisir et tout ce qui fait la vie autre dans la vie quotidienne. Et je pense qu'en coopérant davantage avec eux, il pourrait y avoir un peu un changement de rôle , en tout cas une revalorisation de leur rôle. [...] Il y a encore beaucoup d'automatismes et des schémas de pensée qui sont un peu à retravailler mais si ça a marché avec les animatrices, il n'y a aucune raison que ça ne fonctionne pas avec les aides-soignantes. »	« L'ergo, il ne peut pas tout faire. Après, en plus, c'est un risque à ce qu'on identifie l'ergo comme un animateur , c'est pas l'objectif non plus. » « Ergothérapeute, autant te dire que tu passes ta journée à réexpliquer ce que t'es censé faire. Parce que les gens ne savent pas ce que c'est. Et collaborer, ça permet de réexpliquer ce qu'on est censé faire, ce qu'on n'est pas censé faire aussi. Parce que par exemple, ça arrive vite qu'en EHPAD, l'ergo, il fasse des activités pour faire des activités et il répare tout ce qu'il y a à réparer parce que c'est un technicien... Non, pas du tout. Pouvoir collaborer, ça permet aussi aux gens qui ne me connaissent pas de dire « Tu vois, mon métier, je vais évaluer la situation, je vais évaluer les capacités et je vais faire en sorte qu'ils puissent faire ce qu'il veut faire. » « Pareil pour l'animatrice qui peut ne pas connaître, c'est de dire [...] : « je peux t'aider à adapter [...] ton activité. Mais je ne suis pas une animatrice, je ne suis pas un homme de maintenance, je ne suis pas un revendeur médical. Ça permet de reclarifier quand même. »

THÈMES / SOUS-THÈMES		INDICATEURS
THÈME 5 : NARRATION D'UNE EXPERIENCE VECUE Q5 : Pouvez-vous me raconter cette expérience de sa genèse à aujourd'hui ?		
Pourquoi ?	Q5.1 : Quel était le point de départ ? [H1]	- La coopération est le point de départ [H1 : validée].
Quoi ?	Q5.2 : Quelles possibilités occupationnelles ont été permises par cette coopération ? [H1]	- Caractéristiques de la PO
Qui ?	Q5.3 : Quels sont les acteurs concernés par cette coopération ? Quels résidents ? Quels professionnels ? Combien ? [H1] Q5.4 : Un fois mise en place, quels professionnels étaient encore nécessaires pour maintenir cette possibilité occupationnelle dans le temps ? [H3]	- Professionnels non-soignants - Une fois mise en place, la présence de l'ergothérapeute n'était plus nécessaire [H3 : validée] / était encore nécessaire [H3 : invalidée]
Quand ?	Q5.5 : À quel moment cette coopération a débuté ? Q5.6 : Combien de temps cette coopération a-t-elle durée ? Q5.7 : Les possibilités occupationnelles pour lesquelles vous avez coopéré ont-elles perdurées dans le temps ? [H3]	- La PO des résidents s'est maintenue dans le temps.
Où ?	Q5.8 : Dans quels espaces de l'EHPAD, cette coopération s'est-elle déroulée ?	- La PO des résidents est réalisée au sein de l'EHPAD.
Comment ?	Q5.9 : Quel était votre rôle en tant qu' ergothérapeute ? Q5.10 : Quel étaient les rôles des autres professionnels ? Q5.11 : Comment les rôles de chacun ont évolué au travers de cette coopération ? [H2] Q5.12 : Comment chaque professionnel a pu trouver sa place ? [H2]	- La coopération a permis [H2 validée] / n'a pas permis [H2 : invalidée] de clarifier les rôles de chacun des professionnels.

T5	E1	E2	E3
Pourquoi ?	« Ça a commencé par l'animatrice. C'est l'animatrice qui a lancé le projet. » « Le but premier de l'activité, c'était d'intégrer l'EHPAD dans un système de soins de ville. C'est-à-dire qu'il fallait qu'on fasse du lien avec les autres EHPAD de la ville »	« C'était à l'initiative des animatrices, mais aussi de moi. L'idée est ressortie dans une discussion informelle quand on était en repas. » « Avant, il n'y avait qu'une salle à manger et les résidents passaient leur vie devant la table de la salle à manger. Les aides-soignantes, en fait, leur réflexe et leur automatisme c'était d'installer les résidents à leur table. » « Le but, c'était que les aides-soignantes installent les résidents dans le [nouveau] lieu d'activités. »	« on avait une résidente il y a quelque temps, elle, elle distribuait le courrier. Ça a été discuté à la base » « c'était une résidente très anxieuse et très en demande d'être utile [...] on a réfléchi un peu, on a discuté avec elle, et l'idée du courrier est venue un peu comme ça » « le courrier, à la base je crois que c'était la secrétaire qui venait le distribuer [...]. Nous on le fait, mais en fait, on pourrait ne pas le faire. [...] On lui a proposé, elle était contente, elle était partante . » « la secrétaire [...] c'est elle qui gérait le triage [...] Donc elle, c'était de savoir si elle était d'accord de faire ça, comment on pouvait s'organiser au niveau de l'horaire. C'est elle qui avait les connaissances » « ça a été décidé en réunion au Staff, ça a été discuté en réunion pluridisciplinaire avec toutes les équipes pour que tout le monde soit au courant et que tout le monde soit attentif au début à ce que l'habitude se fasse et que ça ne soit pas oublié. Après, ça a été inscrit dans son projet personnalisé et puis ça roulait »
Quoi ?	« L'année dernière, je sais qu'on a mis en place, [...] un concours Miss EHPAD et Mister EHPAD »	« On a retravaillé sur le réagencement [...] de l'environnement dans un des secteurs pour diviser la salle de vie en plusieurs parties » « En créant un espace, des espaces un peu plus identifiés avec une partie où c'est vraiment que de la salle à manger et une partie où c'est plus de l'activité, on a mis en place des petits tiroirs avec des activités en libre-service avec une table. »	« on avait une résidente il y a quelque temps, elle, elle distribuait le courrier. »
Qui ?	« On a travaillé en interdisciplinarité. [...] On l'a créé, j'y étais présent, avec l'animatrice, les ASH, les aides-soignantes, l'infirmière coordinatrice, la direction. » « Tout le monde n'a pas participé, mais tous les résidents étaient présents. Ils étaient tous présents, que ce soit dans le public ou pour défiler. Nous, on en avait 9, je crois, de mémoire. Les autres Ehpads sont venus à 5, donc ils étaient 5 chacun à défiler. Ça faisait un peu moins de 20 personnes à défiler. »	« Ça a été un projet de plus grande ampleur où on a collaboré avec les aides-soignantes, les ASH, les animatrices, Ergo et Psychomot » « On a, pour le coup, impliqué les aides-soignantes et les ASH parce que c'est quand même leur lieu de travail également, et il fallait qu'on réfléchisse aussi aux contraintes qu'avaient les ASH avec le passage des chariots »	« La secrétaire [...] elle gérait [...] le lien entre la poste qui donne le courrier et le moment où c'est disponible pour la dame [...] il y a eu la direction et adjoint de direction parce que leur accord, du coup, était nécessaire. Aussi parce que du coup, ce déambulateur-là, on la peint en jaune avec l'homme de maintenance [...] c'est un déambulateur 3 roues, comme ça, il y avait le petit panier placé en haut et donc on l'a bombé en jaune, l'homme de maintenance l'a bombé en

		« Le but, c'est quand même de les soutenir [les aides-soignantes] et de les aider à mettre en place, à continuer aussi les projets qu'on met en place »	jaune pour qu'en fait, qu'il soit identifié différemment des autres. Dans le petit panier, l'adjointe [...] elle a imprimé le nom des unités qu'elle a accroché sur le déambulateur [...] ça faisait le panier qui était découpé en 3 cases pour les 3 unités [...] si les résidents étaient dans leur chambre, elle leur donnait le courrier en main propre, s'ils n'étaient pas là, elle mettait dans la boîte aux lettres [...] la dame, elle descendait, elle avait pas d'aide technique à cette période-là, donc elle descendait en marchant. Elle prenait le déambulateur qui était à côté de l'accueil avec son courrier qui avait été mis dedans par la secrétaire et puis hop là.. et elle redescendait le déposé [...] moi, je m'étais assurée du coup qu'au niveau moteur, qu'il n'y ait pas de risque de chute, qu'elle arrivait bien à manipuler parce qu'elle, à la base, c'était une dame qui avait pas du tout d'aide technique donc elle utilisait un outil dont elle avait pas l'habitude [...] et puis après, que ce soit moi ou le psychologue, on avait donné l'information qu'au niveau des capacités cognitives, oui, elle était en capacité. »
Quand ?	« C'est une activité qui avait lieu tous les ans, enfin, qu'on voulait mettre en place tous les ans, comme Miss France, tu vois. C'était au mois de février. » « Tout le monde était là le samedi après-midi. Il y a des gens qui sont revenus, moi, de leur week-end pour venir assister à Miss et Mister EHPAD. » « Ça va se reproduire tous les ans. L'animatrice est partie, la psychologue est partie, l'ergothérapeute est parti. Mais ceux qui nous ont remplacés ont repris le projet. »		« Ça a duré, je dirais un an et demi, peut-être presque deux. »
Où ?	« On faisait ça dans la salle de repas, la salle commune. »	« On a retravaillé sur le réagencement [...] de l'environnement dans un des secteurs pour diviser la salle de vie en plusieurs parties »	« notre établissement, il est de plein pied mais il est quand même grand, c'est des longs couloirs »
Comment ?	« L'animatrice gérait tout le côté animation. Donc, la commande de matériel, la communication aux familles, la communication aux autres EHPAD pour les faire venir. »	« On a réfléchi aussi aux tables pour pouvoir mettre des gens en fauteuil roulant » « Le but était de créer aussi des étiquettes pour que les résidents puissent aller chercher leurs activités tout seuls »	Cf. qui ?

« Et on a fait un mail aux familles pour qu'elles puissent ramener des déguisements [...] Il y a des familles qui ont ramené des trucs que leurs papas et mamans mettaient pour des bals. » « Moi [L'ergothérapeute], ma partie à moi, c'était de faire en sorte que tous ceux qui participaient puissent marcher sur le tapis rouge, tenir l'équilibre et adapter l'aide technique en fonction. Donc, si la personne ne peut pas sortir du fauteuil, elle fait ça en fauteuil. Ce n'est pas grave. Mais si elle peut sortir un petit peu du fauteuil et marcher, le but, c'était que je développe un petit peu la marche et que je travaille la marche. [...] Et puis, l'aspect un peu sécuritaire aussi du tapis rouge. C'est-à-dire qu'il soit fixé bien sol, qui n'ait pas de butée. C'est moi qui l'ai installé pour le coup le tapis. » « L'agent d'entretien a aidé pour mettre les décorations. C'est lui qui a acheté le tapis rouge. Il a fait en sorte que toute la salle soit prête à recevoir. Il a déplacé les meubles, etc. » « La direction a fait des communiqués à la presse pour que la presse puisse venir. » « Les aides-soignantes devaient préparer les résidents à s'habiller, les aider » « Les ASH préparaient le goûter. » « Le cuisinier, donc forcément celui qui faisait la cuisine, qui faisait toutes les préparations. » « La psychologue était plus aide-animatrice, parce qu'elle n'avait pas forcément un rôle très fixe. Après, la psychologue a travaillé un peu sur certaines personnes qui ne voulaient pas participer. Elle les a pris en entretien pour discuter un petit peu, pour voir pourquoi ils ne voulaient pas participer. » « C'est la secrétaire d'accueil qui a pris les photos » « Les résidents ont travaillé toute l'après-midi. Il y en a qui ont confectionné des déguisements. Il y en a qui ont confectionné de la décoration. Il y en a qui ont mis en place le matériel. Qui ont aidé à mettre en place le matériel. Et pour le coup, et les résidents et les professionnels ont participé. »	« C'est un exemple qui a vraiment bien fonctionné et où il y a encore quelques petits trucs à améliorer, notamment sur l'autonomie des résidents pour aller chercher des activités en libre-service, c'est encore une chose qu'on doit retravailler, qu'on doit renforcer au niveau des résidents mais ça, ça va plus être un travail pour moi pour le coup de repère des activités, de réautonomisation. » « C'était important d'impliquer les soignantes parce que c'est quand même aussi le lieu où ils passent le plus clair de leur temps donc le but, c'était pas de les mettre en difficulté que notre projet tombe à l'eau » « Il fallait les impliquer le plus possible pour qu'ils prennent part à cet agencement et qu'ils donnent aussi leurs contraintes de soignants, ça faisait partie du cahier des charges. » « Le but, c'était que les aides-soignants installent les résidents dans le lieu d'activités [...] et pas qu'ils passent leur journée devant leur table de salle à manger. Et ça, ça a été un travail au début de changer les rituels des aides-soignants et changer les habitudes. [...] Et ça, c'est quelque chose qui a bien fonctionné. En très peu de temps, on a quand même réussi à faire changer un peu les mentalités et les rituels et ça, c'est chouette. Donc comme quoi, ça peut marcher mais en fait, il faut juste un peu initier et il faut soutenir les aides-soignants parce que bon, ils ont un boulot qui est quand même assez compliqué. » « Moi, mon taf, c'est de bosser justement sur, réapprendre, pas réapprendre, mais donner des automatismes à certains résidents, de pouvoir aller trafiquer eux-mêmes certains objets, certaines activités, de pouvoir les stimuler. C'est aussi le taf des aides-soignants, qui ne sont pas là que pour des soins de nursing et pour les repas, mais qui sont aussi là pour accompagner les actes de la vie quotidienne, donc les loisirs. Et donc, là, pour le coup, moi, c'est presque un travail d'éducation thérapeutique, et des résidents, et des soignants, voire même, ce que je ne fais pas assez,
---	--

	« L'idée, c'était que tout le monde puisse mettre un peu à contribution ses compétences pour la participation occupationnelle de chaque résident. » « Tout le monde s'est retrouvé à participer à ça. Que ce soit le rendement, la participation ou l'engagement, tout le monde était dedans. Il n'y avait pas de soucis. Et ça a permis de souder l'équipe aussi. Du coup, les gens se sont beaucoup plusentraîdés. » « L'animatrice a repris un peu son rôle. Elle était un peu mise de côté par rapport à certaines choses. Elle a repris son rôle d'animatrice. Elle a repris confiance en elle. Ça lui a permis de faire d'autres choses après. »	mais qui pourrait aussi fonctionner, impliquer les familles, en fait.»	
--	---	---	--

Annexe n°18 : Grille d'analyse pour les animatrices

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 1 : LE POSTE DE TRAVAIL Q1 : Pour commencer, êtes-vous d'accord pour vous présenter et m'expliquer votre poste de travail ? Q1.1 : Quelle est votre ancienneté sur le poste ? Q1.2 : Quelles sont vos missions ? Q1.3 : Quel est votre temps de travail ? Q1.4 : Combien de résidents sont hébergés à l'EHPAD ?	- Années d'expérience - Principales missions - ETP - Nombre de résidents

T1	A1	A2	A3
Q1.1	« J'ai travaillé pendant 3 ans dans une résidence médicalisée »	« C'est la quatrième année où je bosse et après, moi, en tant qu'animatrice, je vais sur ma 11ème année. » « Alors, moi, j'ai fait un BAPAAT »	« Ça fait trois ans »
Q1.2	« Mon poste de travail consiste à proposer des animations auprès d'un public vieillissant mais également auprès d'un jeune public puisque j'ai une formation de BPJEPS, animation sociale. Donc je peux effectivement encadrer aussi bien des jeunes que des personnes âgées en perte de lien social ou avec des problèmes de motricité également. Et du coup, ma mission c'est leur proposer des activités en lien avec leurs besoins et leurs attentes, ce qu'ils ont fait auparavant également et puis m'adapter en fonction de leurs possibilités à chacun, d'y participer. » « Après, l'animation, on va dire que c'est vague comme ça, mais du coup ça peut être différentes activités, aussi bien des activités d'équilibre, des activités sur la motricité, des ateliers mémoire éventuellement, des ateliers créatifs sur différentes thématiques qui ont pour objectif, soit de créer du lien social entre un groupe, exercer la motricité fine, favoriser l'estime de soi. » « C'étaient plutôt des groupes entre 10 et 25 personnes. »	« Je conçois, je réalise des animations pour créer du lien entre les résidents, entre secteurs, mais aussi inter secteurs. Donc mon but, c'est d'essayer d'égayer la journée, de créer du lien entre les personnes » « On essaie de varier le plus possible. On essaie de travailler aussi en fonction de ce que vont aimer les personnes en amont. Après, on a une base d'activités diverses : on a du manuel, on a du cognitif, on a des activités physiques aussi et on a du loisir. » « ça nous arrive de tourner, de prendre le pou avec les résidents ou d'aller voir dans les secteurs comment ils sont avant de prendre la décision de qu'est-ce qu'on va faire parce que c'est hyper important. Ou arriver avec plusieurs types d'ateliers avec nous. Comme ça, si ça ne prend pas, bon, mais on a autre chose aussi. C'est souvent le cas » « Et avoir un certain plan où vraiment ça ne prend pas, où les gens n'ont pas envie de faire ça et ce jour-là, donc on va faire autre chose. Donc, voilà, c'est eux qui décident. »	« On fait aussi de l'individuel, le mardi après-midi, sur un secteur spécifique, où il y a plus de personnes qui vont moins sortir de chambre. Le mardi est dédié à de l'individuel en chambre. Ça va être une demi-heure par personne, trois quarts d'heure, ça dépend. » « Sur le chariot, il y a différents trucs : il y a du cognitif, du manuel, en fonction de ce que la personne a envie de faire. » « Je ne fais pas absolument des animations avec eux. Je viens, je prépare toujours des petites choses. En tout cas, c'est des petits jeux, des quizzes, des trucs comme ça... Mais souvent, c'est juste parler. Mais c'est vrai que c'est pas assez. Il y a pas mal de monde. » « Ce n'est pas évident de faire de l'individuel, parce que ça prend beaucoup de temps. Je le fais le mardi, du coup, de 2h à 4h. Et souvent, je commence avec une dame qui, des fois, j'ai le temps. En fait, je n'ai même pas le temps de faire mes 3 ou 4 personnes. Je ne reste qu'avec une ou deux, parce qu'en fait, elle a besoin de parler, de parler, de parler et je ne peux pas lui dire « Bon, je vous laisse, je dois aller voir quelqu'un d'autre. » Parce que

« **Du lundi au vendredi, aussi bien le matin que l'après-midi**, je proposais une activité. Et c'était une activité différente chaque jour et chaque semaine »

« La semaine, on va dire que j'avais tendance à cibler à chaque fois différents groupes [...] pour inclure en tout cas un maximum de participants et un maximum de personnes âgées »

« Je pouvais justement parler des animations à venir, des événements à venir, des sorties également comme je travaille avec l'extérieur aussi, je fais un lien avec la mairie, avec le territoire, avec des associations, avec des bénévoles. »

« Ça varie selon les secteurs. On va dire 8 à 10 résidents, 8 à 10 par activité. Après, sur les secteurs qui sont plus compliqués, max. 2 personnes, 2-3. »

[Concernant les accompagnements en individuel] « Pour ceux qui ne pouvez tout simplement ne pas se déplacer, ceux qui sont alités et puis après, comme disait A3, tu as des personnalités qui n'ont aucune envie de se mélanger au groupe, pas envie de venir aux ateliers, mais qui ont besoin quand même de se divertir. »

« On se sépare un petit peu les secteurs »

« Chaque secteur a son propre calendrier »

« Ce qui compte pas mal ici, c'est mélanger, ne pas cloisonner les ateliers dans les secteurs. »

« Il y a des temps où on est ensemble. Tu vois, le mercredi après-midi, les ateliers créatifs, on est dans le secteur des personnes autonomes et là, on est souvent à deux parce qu'on aime bien faire des choses... On peut demander des trucs un peu barrés, même contemporains donc, il nous faut être deux. Et sur des trucs, le loto aussi, pour aller chercher le plus de personnes, on va être deux. »

« Mercredi après-midi, vendredi après-midi et aussi le jeudi après-midi, on est ensemble »

« Sinon, sur le reste de la semaine, on a nos plannings définis, on est séparées. »

« C'est vrai que là, on profite d'un extérieur, donc après les ateliers, on n'est pas obligés de le faire, mais nous, on trouve que **c'est hyper important de justement les réunir hors temps d'animation et de créer ces moments-là de convivialité où ils se retrouvent tous**. C'est pareil, tous les secteurs sont mélangés, mais hors temps d'animation, c'est aussi important »

« On bosse aussi pas mal avec l'extérieur. »

c'est délicat, quand en sent qu'elle n'est pas bien, des fois, je sacrifie un petit peu. Puis le mardi d'après, je ne vais pas spécialement la voir en premier. Je vais voir quelqu'un d'autre en premier. C'est compliqué. On n'a pas assez de temps. »

« Il y en a des résidents qui ne sont jamais venus. Il y a un monsieur, ça fait 4 ou 5 ans qu'il est là.. Il n'est jamais, jamais venu. On essaye. On est allé le chercher plusieurs fois, mais ce n'est pas son truc. Lui, il est bien, il est dans sa chambre avec sa télé. »

« On sait que le mardi, moi, c'est la gym douce donc, je suis là, mais je ne sais pas exactement ce que je vais faire comme exercice, mais je sais qu'il faut faire du sport ou quelque chose en relation avec le corps. donc, le matin, j'arrive et je fais « Bon, qu'est-ce que je fais aujourd'hui ? » Des jeux de défis ou juste ballon en équipe » ? Ou alors, est-ce que je vais dehors ? »

« Il faut toujours avoir des plans B, plans C, plans D. **L'animation, c'est de l'adaptabilité.** Et même pendant l'activité. De commencer l'activité, se rendre compte qu'en fait, ça ne colle pas. Du coup, essayer de rechanger un peu la façon ou l'exercice ou la consigne. »

[Concernant le souhait de participer à l'entretien] « Par rapport au boulot des ergos moi aussi, par rapport au travail entre les deux [...] et peut-être sortir aussi notre métier qui est **un peu dans l'ombre** aussi. L'animation, c'est quand même un métier où on y pense en dernier. Ou alors, on a une **vision de l'animation très ancienne.** »

Q1.3	« C'était du 35 heures. J'étais en CDI, là-bas »	« Nous sommes deux animatrices à plein temps » « On est sur du plein temps. On travaille du lundi au vendredi. Et après, on est très libre. Quand il y a des événements, on peut très bien adapter nos horaires, commencer plus tôt ou finir plus tard. Là-dessus, on a une liberté. » « Déjà, qu'on soit deux animatrices, moi, c'est qu'ici. J'en ai fait d'autres des EHPAD, c'est rarement déjà le cas d'être animatrice à temps plein et donc, là, on est deux à temps plein. Effectivement, on peut se permettre ce genre de choses, de faire des individuels une fois par semaine. On a la chance d'être deux. » « Avec E3, en fait, on vient de la décoration. Moi, j'ai fait une formation d'architecte d'intérieure. Je ne suis pas arrivée au bout des deux années. Je n'ai pas pu exercer [...] Du coup, on est dans la déco toutes les deux. On est intéressés par tout ce qui est réaménagement. Ici, ça nous a interpellés. C'est un vieux bâtiment. Il y a une partie rénovée, mais pas l'autre. Le secteur Alzheimer avait besoin de rénovation. Avec E3, on a recréé des plans pour travailler là-dessus. Là, on va commencer la rénovation avec l'équipe d'entretien et nous. »	
Q1.4	« Ils étaient environ 80. »	« 95 »	

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 2 : LES POSSIBILITES OCCUPATIONNELLES AU SEIN DE L'EHPAD <u>Q2</u> : Quelles sont les activités proposées aujourd'hui dans l'EHPAD pour les résidents ? Q2.1 : Quelles activités sont actuellement possibles pour les résidents ? Q2.2 : Qui a initié ces activités ? Qui en a eu l'idée ? [H1] Q2.3 : Selon vous, quelles nouvelles activités pourraient-être proposées aux résidents ? [H1] Q2.4 : Comment et avec quels professionnels pourriez-vous mettre en place ces nouvelles activités ?	- Le professionnel a initié ou identifie de nouvelles possibilités occupationnelles [H1 : validé]

T2	A1	A2	A3
Q2.1	« Par rapport à leur logiciel qu'ils utilisaient pour justement retranscrire les participations aux animations ou même le côté médical, il y avait plein de thématiques qui avaient déjà préinscrites, comme les ateliers créatifs, les ateliers musicaux, les ateliers équilibres, donc plus des activités physiques adaptées. C'était très large. Et du coup, j'avais libre accès et je choisisais effectivement sur quelle thématique je voulais travailler ou proposer. »	« On a un petit café collaboratif à l'intérieur. C'est un salarié qui le tient en ce moment. » On a une crèche à l'intérieur de l'EHPAD, une petite micro-crèche. On a souvent des ateliers avec eux, avec des petits. » « On n'a pas de limite. Si la personne est passionnée de graffiti, on peut très bien faire appel à un graffeur. » « C'est ce qui nous plaît dans notre métier, c'est d'avoir toujours des résidents qui arrivent, qui vont avoir une passion, qui vont avoir envie de faire découvrir ça aux autres. On se plonge là-dedans et on y va. On travaille là-dessus. C'est top. » « On a une danseuse contemporaine qui est venue et finalement elle est restée pendant deux ans ici. » « C'est la petite-fille d'une résidente qui, un jour, est venue me trouver. Elle m'a dit que je suis danseuse professionnelle. J'ai une troupe et tout... Elle voulait apporter quelque chose au foyer. » « Deux fois par an, on fait une raclette le soir. Parce qu'en fait, ce qu'on s'est dit, c'est qu'on aimerait qu'ils puissent pouvoir manger des trucs et passer du bon temps comme avant, en fait, et manger des trucs qu'ils ne mangent pas à l'époque. On s'est dit, c'est quoi le plat d'hiver ? Raclette. Et l'été, la pizza. Et l'été, on fait soirée pizza dans le jardin. » « T'as un résident qui est sans arrêt au piano [...] on a un piano dans le salon » « Ils ont un atelier choral [...] t'as des résidents clés qui prennent pas mal en main avec elle, avec cette bénévole »	
Q2.2	« De temps en temps, les ASH, les personnes qui entretiennent les locaux, ou qui peuvent dresser la table, proposaient des pliages de serviettes, par exemple, pour dresser la table, ou les serviettes de bain, voilà, du pliage de linge. » « C'est à travers leurs projets personnalisés. Donc ça, c'est le travail de la psychologue qui demande les souhaits ou les attentes et puis je me base sur ça et j'essaye de répondre à travers une activité. »	« Ça devrait être formalisé. Alors, dans les projets personnalisés ou dès l'entrée du résident, justement, ou aussi par l'histoire de vie qui est là, qui est formalisée, qui est recueillie par la psychologue. Mais des fois, c'est pas noté. » « Mais après, la plupart du temps, si on arrive à capter ce qu'ils aiment faire, et après, nous, dans un second temps, de toute façon, on va à la rencontre de la personne et on définit ensemble aussi qu'est-ce qu'ils ont envie de faire.	

	« Après, il y avait des fois où ce document, elle laissait justement la case socio-culturelle vide pour que je puisse directement aller à leur rencontre et leur poser des questions et leur demander ce qu'ils aimaient faire. » « On va dire que fêter les anniversaires, tout le monde devrait se sentir concerné dans ce genre d'établissement et je ne devrais pas être la seule à mettre en place, à aménager les espaces communs. Malheureusement, parfois c'était le cas. »	Même complètement différent de ce qu'ils ont parlé dans l'histoire de vie, quoi. » « Des fois, ça se déclenche aussi par un autre atelier... Et puis, il va sympathiser avec un autre résident et tous les deux ont envie de faire ça. » « On avait pensé à un truc, il y a un été pas cet été mais l'autre. Il y a un truc, tu vois, qu'on avait fait là aussi, c'est parti d'un délire : du car-wash. Je crois que c'était en pleine canicule. On s'est dit comment... En parlant avec les résidents... Comment on pouvait faire pour gagner des sous ? On s'est dit, on va laver des voitures. Donc, on avait fait une annonce [...], sur un panneau... au niveau de l'entrée des salariés. Il y a des salariés qui l'ont fait. Donc, ils amenaient la bagnole dans le jardin et avec les résidents, on allait laver. »	
Q2.3	« Grâce à l'ergothérapeute, on a eu un parcours moteur à l'extérieur. On a eu beaucoup de choses en lien avec la musique. On a eu des outils adaptés. » « Le parcours moteur d'extérieur, c'est quelque chose que j'ai utilisé grâce à elle. Juste avant ça, il n'y en avait pas. Elle a monté un appel à projets, il me semble, pour avoir des subventions et pour pouvoir avoir un parcours en extérieur et des pédaliers également. » « On va dire que l'infirmière coordinatrice, qui chapeautait justement les équipes d'aides-soignantes, ne laissait pas forcément la possibilité d'avoir une cohésion avec l'animation. Un truc tout simple, juste avant de partir, j'ai souhaité mettre en place une journée idéale. À chaque fois, je ciblais un résident, je lui demandais quelle était sa journée idéale, réalisable ou non. [...] Et j'essayais de la mettre en place quelques jours après, en disant que tel jour ce monsieur veut que ce soit comme ça. Il veut déjeuner ça, il veut qu'on lui prépare ça, il veut être levé à telle heure. Il fallait qu'on se coordonne, qu'on puisse écouter ses souhaits, qu'on puisse les mettre en place. Et parfois non, ça ne fonctionnait pas, parce que ça ne rentrait pas dans le quotidien ou dans le déroulement de certaines équipes. Et du coup, pour moi, j'étais un peu frustrée parce que ce que j'avais proposé au résident n'était pas forcément accompli totalement. Parce que la cohésion d'équipe entre nous,	« C'est vachement important aussi ce qu'on fait hors temps d'activité et qui n'est pas formalisé, qui n'est pas suivi même dans les soins. On ne suit pas. On n'annote pas tout ce qu'on fait. Mais c'est tellement important pour eux sur l'instant, « tient on a une demi-heure, allez, on y va tous ensemble à tel endroit, on va prendre le soleil, on va prendre un café dehors. » « Et pareil pour le soir. Des fois, on aimerait prolonger les promenades, le soir. Mais à partir de... 17h. Dans un secteur, même, tu gènes le repas, les médicaments qui arrivent. Donc, il faut vite, vite que tu retournes au secteur. Et c'est bête, c'est des moments super. Le midi, souvent, l'été, c'est sympa. » « C'est comme, les repas à thème qu'on fait le soir, un l'hiver, un l'été, on le fait juste dans ce secteur, secteur autonome à cause de ça, justement. Parce que, non, il y a à telle heure, ils doivent aller au lit. [...] On ne peut pas le faire avec les autres secteurs. On est bloquées par rapport à ça et encore, franchement, on a un peu bataillé pour le faire dans ce secteur. » « ce qu'on aimerait changer, et [l'ergothérapeute] est d'accord avec nous, c'est que ça ne soit vraiment plus considéré comme un lieu de soins, mais comme un lieu de vie et c'est surtout chez eux, qu'ils appartiennent à ce lieu et qu'ils soient acteurs du truc quoi. C'est ça qui va marcher. La problématique actuelle, c'est que t'as les	« Mais ça, la sortie extérieure, c'est compliqué aussi. On le fait très rarement parce que, bon, déjà, on n'a pas de véhicule adapté. Enfin, on en a un, mais qu'il faut demander. Puis, ce n'est pas pour les fauteuils roulants, c'est que pour les... plus autonome. Donc, ça réduit vachement. Et en plus, c'est toujours pareil. Il faut partir très tôt, du coup, parce que, on le sait, que le soir, il faut être là, max, 18h, grand max. C'est le grand max. » « Après, on est bloqués aussi par le soin, par les horaires. Parfois, on aimerait bien intervenir le matin, par exemple, mais on ne peut pas parce qu'à 11h, on ne peut pas. Donc, une heure, des fois, c'est très court pour faire de l'individuel. » « C'est un monsieur qui, lui, est assez autonome, qui n'a beaucoup de troubles ni rien... Et il prend l'initiative d'aller chercher certaines personnes dans d'autres secteurs pour aller se promener au jardin. Et cette personne, on ne l'a pas encore, peut-être que ça ne va pas tarder, mais on ne l'a pas encore interdit d'y aller. [...] Il va chercher une dame avec qui il était proche, dans son secteur, à lui, qui a changé de secteur. [...] Mais oui, on sent qu'il va gêner, des fois, les soignants, en demandant « Mais il est où le déambulateur ? » Ou bien il peut ne pas la ramener à l'heure. [...] Là, c'est un secteur où on mange à 17h, 17h20. Des fois, ils sont dans le jardin, et du coup, il ne la

	même avec la meilleure volonté que j'avais, elle ne se réalisait pas. Donc on va dire que c'est le dysfonctionnement qui était un peu pénalisant aussi bien pour moi que pour le résident en soi. »	soins qui prennent une importance pas possible, les soins et même l'organisation du ménage et tout, et ces personnes, en fait, elles déclinent très vite parce qu'elles ne font rien. À part les ateliers qu'on va leur proposer, une fois dans la journée, une heure... [...] On aimerait qu'ils participent à la cuisine, qu'ils mettent la table, qu'ils fassent le jardin avec les jardiniers, qu'ils fassent du bricolage avec les gars de la maintenance, qu'ils fassent les lits, le linge. [...] Tout le monde ne va pas avoir envie, ne va pas pouvoir. Mais les personnes qui le souhaitent, qu'elles puissent le faire. Ça paraît tellement normal. Comment veux-tu être épanoui si on fait tout à ta place ? » « Quand tu te mets à la place d'un résident, on te change, on te met dans un endroit où d'un coup tu as des règles, t'es obligé de te calquer au plus grand nombre. On t'impose des trucs, on t'impose l'heure du repas, on t'impose une toilette. C'est hyper... Et surtout, tu ne dois en plus rien faire. Tu n'as aucune initiative, sinon tu te fais engueuler. »	ramène pas à l'heure. Donc une fois, il m'avait dit « Je me suis fait taper sur les doigts. »
Q2.4	« Je travaillais beaucoup avec la psychologue, quand elle récupérait les données sur leur histoire de vie, etc. Elle me mettait ce qu'ils appréciaient auparavant, ce qu'ils souhaitaient continuer ou ce que je devais adapter pour que ça se poursuive dans le temps » « J'ai travaillé aussi avec les aides-soignantes qui avaient tendance à prendre le relais le week-end puisque je ne travaillais pas le week-end au sein de la résidence. Et pendant mes congés également, je réalisais des plannings adaptés en donnant aussi plus ou moins des directives ou des explications aux aides-soignantes pour qu'elles puissent prendre le relais pour accompagner telle ou telle personne »	« Si on pouvait, on serait une par secteur. Même deux [animatrices] » « On essaie d'insuffler des trucs, tu vois, pendant les goûters, des fois, on voit qu'il y a une personne qui a envie de servir, mais on essaie de le dire à la personne qui va servir le goûter, à l'ASH, « laisse-le faire ». Mais c'est toujours... Tu sens qu'elle te dit « Oui, bon... ». Elle est un peu... « Comment je vais retrouver mon chariot ? Il a les doigts sales. » Tu vois, des trucs comme ça... Après, ça dépend du profil. Il y en a qui le laissent. Il y en a que tu sens qu'ils n'ont pas envie. » « Il faut que ça vienne d'en haut, ce type de changement. Dans l'idéal, une formation Montessori pour tout l'établissement. » « On sent que les choses peuvent changer quand même. Ce qui est bien ici, c'est qu'on est quand même tous à peu près d'accord et on va à peu près tous dans le même sens et on peut faire bouger les choses. Ça prend du temps, mais on peut y arriver. Les gens par les petits projets, on embarque de plus en plus de monde avec nous. Il y a des personnes qui s'intéressent à ce qu'on fait, qui voient	« Ouais, on n'a pas cette pression... Au contraire, plus on fait des fois des trucs simples ou un peu barrés, et mieux c'est, quoi. Parce que ça les coupe eux aussi. Voilà, le but, c'est de faire des choses qui sortent du quotidien aussi. » [Concernant la coopération avec les professionnels soignants] « On ne trouve pas de solution, ou c'est trop tôt, ou c'est trop tard... Et eux, ils sont en pleine toilette le matin, le soir... Souvent, après les 4h, au goûter, ils commencent déjà à faire les toilettes du soir. On n'arrive pas à trouver un... » « Il y a beaucoup d'aide au coucher pour enlever rien enlever que les bas, pour mettre le pyjama, tout ça. Et donc, à chaque fois qu'on le fait [soirée raclette ou pizza], c'est en mode mollo-mollo, On le sent que c'est en mode pas trop non plus. Donc, pas trop de résidents à la fois. On me dit toujours pourquoi vous ne faites pas midi ? Mais non, tu n'as pas cette atmosphère-là. Ce n'est pas pareil à midi. Puis à midi, c'est pareil. À midi, c'est chronométré. C'est chronométré aussi parce que du coup,

qu'il va y avoir un changement positif pour l'ensemble du personnel. Pas que les résidents. Petit à petit, il y a du mieux. Ce qui est top ici, c'est qu'à plusieurs, en travaillant dans des métiers différents, on arrive à faire des supers trucs. Ça nous prend une énergie pas possible, mais le résultat est chouette. Ça ne va pas aussi vite qu'on aimerait, mais quand même, ça va. »

« Et c'est ça qu'on voudrait faire changer, pourquoi y a ce truc d'**hygiène** ? Là, c'est pareil, on aimerait, on voulait leur permettre de mettre les couverts au resto sur le secteur autonome. Mais on va nous dire, non, ils vont avoir les mains sales ou ils vont toucher à autre chose... »

« T'as l'**impression qu'on n'est pas assez pour faire bouger les choses**. Et quand on en parle en réunion, c'est toujours... Non, en fait, nous on a notre pause là, ça va nous décaler tel truc. Non, c'est pas possible. Ça va nous mettre une surcharge de travail. »

« C'est vraiment quand tu bosses ici, quand tu mets une énergie pas possible à essayer que les personnes se sentent bien au quotidien, tu sais **qu'il y a un mur**. »

les soignants, ils prennent leur pause à une heure de l'après-midi. »

« Ou après, c'est le côté où on a donné telle tâche, c'est ton poste, tu as ça, ça, ça à remplir et comme on est dans le **rendement** quand même, même si on est dans l'humain, on est quand même dans un rendement. Quand même, un truc de... Il faut faire ça, ça, ça en tant de temps. Et du coup, ils ont peur de se faire engueuler, en fait, dessus. Il faudrait, oui, après, avoir une politique. »

« Après, en plus, on en avait déjà parlé avec la directrice et elle n'était pas contre. Elle aussi, elle le voit comme ça aussi. Mais je pense qu'elle a d'autres côtés aussi. Puis elle doit gérer tous les salariés. Et peut-être qu'elle sent aussi que ça va être compliqué pour elle, pour le soin, oui. »

« **C'était parti d'une résidente [...]** Au moment du goûter elle voulait aider, pousser le chariot, on lui a dit : **non, ce n'est pas à vous de le faire**. En fait, pourquoi ce n'est pas à elle de le faire ? Elle peut très bien... On peut très bien servir le verre, lui donner et qu'elle fasse passer à la personne. Mais on est tellement dans ce truc de... On fait à leur place que ben du coup, elle, elle se frustrait, ça l'énervait... En fait, c'est un chariot, elle a juste à donner des verres. À distribuer. Et on lui disait, non, c'est pas à vous de le faire, c'est à nous. »

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 3 : LA COOPERATION DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE Q3 : De quelle façon coopérez-vous avec l’ergothérapeute dans le cadre des activités proposées aux résidents ? Q3.1 : Quelles sont les situations où vous devez coopérer avec l’ergothérapeute ? Q3.2 : Que vous apporte cette coopération ? Q3.3 : Quelles sont les limites de cette coopération ? Q3.4 : Dans le cadre d’une activité proposée aux résidents, diriez-vous que la présence de l’ergothérapeute est nécessaire de façon ponctuelle ou de façon continue ? [H3]	- La présence de l’ergothérapeute est ponctuellement nécessaire dans le cadre d’une activité proposée aux résidents [H3 : validée]

T3	A1	A2	A3
Q3.1	« Tout ce qui est matériel, fauteuil roulant, tout ce qui pouvait être repose-pieds, etc., je ne connaissais pas forcément comment bien les utiliser ou comment mettre de manière confortable une personne. Et donc, on va dire que la collaboration avec un ergothérapeute était plus dans ce point de vue-là. » « Elle a fait l'achat de ciseaux ergonomiques pour que certaines personnes qui ont toujours la possibilité de découper, de participer à des ateliers créatifs parce qu'elles en avaient l'envie, elles aimaient ça, imaginer, créer mais malheureusement, à cause de certaines difficultés de motricité fine, ça pouvait être compliqué avec des ciseaux avec lesquels on met simplement nos doigts. Donc, elle a fait l’achat de ciseaux adaptés pour qu'ils puissent participer de nouveau. Avec des ciseaux et des pinceaux aussi, avec des manches un peu plus gros. »	« On a repensé le secteur. C'était une grande salle, il y avait des sièges le long des murs, il n'y avait rien de sympa dans ce secteur. Du coup, on a travaillé avec [l’ergothérapeute], notre psychothérapeute, et un psychomot pour essayer de réfléchir comment les personnes pouvaient mieux vivre là-dedans, dans ce secteur. Tous ensemble, avec la maintenance, l'animation et l'ergo, on a travaillé à ce projet. » « C'était juste un petit réaménagement. On a scindé la pièce en deux. C'était une grande pièce avec des tables. On a juste créé une zone de rencontre dans ce secteur-là. [L’ergothérapeute] a bossé sur les rangements, l'accessibilité aux jeux, tout ça. » « On a aussi réfléchi ensemble à des temps hors animation... à ce que les résidents soient le plus autonomes possible hors temps d'animation. Et ça, c'est vrai que ça nous tient beaucoup à cœur à toutes les trois. On a beaucoup réfléchi à ça : quoi mettre en place ? par qui ? est-ce qu'il faut un résident référent à ce moment-là ? Inclure les équipements aussi ? les ASH ? Dans l'idéal, ça serait, voilà, avoir un esprit un peu Montessori, quoi. Et après, dans l'idéal, inclure au maximum les salariés parce que si on n'inclut pas tous les salariés, ça ne pourra pas marcher. »	« Moi, j'ai demandé pour les ateliers manuels dans le secteur Alzheimer, parce qu'on s'est rendu compte que c'est de plus en plus compliqué et on n'a pas son recul à elle aussi de la maladie. Elle connaît bien la maladie et les petits choses à mettre en place pour pallier leurs difficultés. Du coup, je lui avais demandé comment arriver à mener un atelier créatif avec eux. »

Q3.2	« Je demandais de l'aide ou simplement comment on pouvait utiliser telle ou telle chose pour que la personne qui est installée au fauteuil puisse participer et se sentir à l'aise. C'est plus dans la démarche du matériel, comment ça s'utilisait ou comment je pouvais procéder. »	« On a la chance de bien s'entendre tous. Et de pouvoir s'entraider avec nos connaissances spécifiques. » « Quand on rencontre des difficultés par rapport à certaines personnes, on lui en parle et elle nous donne des conseils à mettre en place. » « J'avais posé la question aussi par rapport au secteur qui pose problème. C'était le bruit environnement. C'est-à-dire qu'on fait les animations dans ce secteur-là. Ce n'est pas évident. Du coup, je lui ai demandé conseil. Effectivement, on a vu qu'il y avait des endroits peut-être qu'on pouvait aménager dans le secteur, dans un couloir qui est un peu plus calme. Un endroit aussi dans la petite salle. Il ne faut pas hésiter à aller à cet endroit-là. Ce sont des choses sur lesquelles elle peut nous aider là-dessus »	« Parfois, on n'a pas les bonnes consignes, les bons mots, la bonne façon de communiquer notre consigne. Ça, elle nous a beaucoup appris là-dessus. D'aller vraiment au plus facile ou alors de nous dire qu'il vaut mieux faire des fois pas de créatif dans le sens de l'imagination mais juste d'imposer des fois, de faire du copier-coller, mettre un exemple et ils font le même. Sur ça elle nous aide beaucoup. » « On est plus dans le mode de faire des gros groupes pour toucher le maximum de personnes et on reste une heure à une heure et demie, voire deux heures avec eux. Et elle me dit qu'en fait, des fois, il vaut mieux faire moins, mais plusieurs fois avec ce secteur. Faire juste une demi-heure avec 3-4 personnes puis reprendre un autre petit groupe pendant une demi-heure et un autre petit groupe... au lieu de faire des tablées d'une dizaine ou de huit personnes. C'est vrai qu'on avait tendance à faire ça et c'est vrai que des fois, maintenant, je le fais, par exemple quand je fais la gym douce, je le fais en petit groupe, c'est plus facile pour les consignes. Quand ils sont en gros groupe, les discussions partent dans tous les sens et ils sont vite distraits. On a du mal à garder leur attention. » « C'est vrai que du coup, on essaye d'adapter. On le fait un peu avec notre instinct et la connaissance de notre public, des personnes qu'on voit tous les jours. On les connaît, on sait leurs difficultés, on sait comment adapter. Mais parfois, quand on a des nouvelles personnes qui arrivent, il y a un temps d'adaptation. Après, on y arrive, on se documente et on demande à l'ergothérapeute. Mais des fois, sur la première fois, on est complètement démunis. Moi, c'est arrivé que j'ai fait une activité et je me suis dit que cette personne, je ne peux pas du tout la prendre avec moi parce qu'elle n'y arrive pas du tout. Et que ça l'a mis en difficulté et que ce n'est pas le but. »
Q3.3	« Je ne crois pas, non. »		
Q3.4	« Je dirais de façon ponctuelle, pour justement, comme j'ai pu le citer, pour différents outils et qu'ils soient	« Nous, on s'en sert de façon ponctuelle [en parlant de l'aide de l'ergothérapeute], mais on devrait le faire de	« Je ne sais pas. Je pense peut-être quand il y a des nouveaux, comme j'ai dit tout à l'heure, des nouveaux

	adaptés pour la personne. Et puis, pour éventuellement m'accompagner dans le bon positionnement pour la participation à l'activité, par exemple. Après, c'est vrai que l'ergothérapeute, elle avait tendance à parfois venir m'épauler pour certaines activités. Mais c'était plus par l'envie d'être volontaire de sa part plutôt que vraiment une obligation d'être présente en tant qu'ergo. »	façon continue, en fait, parce qu'on voit pour de multiples trucs... on aurait besoin de coopérer plus souvent, mais pareil elle est aussi très sollicitée. On essaie de faire le point régulièrement, mais il faudrait plus, en fait. »	résidents, par exemple, des nouveaux profils, pourquoi ne pas faire une première activité quand il y a un nouveau profil, pour qu' elle nous donne des petites astuces pour voir la difficulté en fait de cette personne et qu'on puisse de suite s'adapter en fait à cette personne et à leurs prochaines activités. » « Tout le temps non, parce que je pense que déjà dans son planning, elle n'a vraiment pas le temps. Elle a donc un truc à faire parce qu' elle doit gérer les résidents et les salariés , parce que l'ergo, c'est vraiment des deux côtés . Mais par contre, c'est vrai que de temps en temps, faire des formations avec elle ou des moments comme ça où elle peut évaluer comment nous, on se comporte pendant l'activité et avec de nouveaux résidents, de nouveaux profils, ça serait bien. »
--	---	--	---

THÈMES / SOUS-THÈMES	INDICATEURS
THÈME 4 : LE PARTAGE DES RESPONSABILITES CONCERNANT LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE Q4 : Selon vous, quels professionnels de l'EHPAD sont responsables des activités proposées aux résidents ? Q4.1 : Quel est votre rôle ? Q4.2 : Quel est le rôle de l' ergothérapeute ? Q4.3 : Comment vous partagez-vous cette responsabilité ? Q4.4 : Quels sont les outils qui peuvent vous aider ? Q4.5 : D'après vous, en quoi la coopération entre les différents professionnels permet à chacun de trouver sa place ? [H2]	- Rôles identifiés pour chaque professionnel - Expression d'un point de tension concernant la répartition de ces rôles - La coopération permet [H2 validée] / ne permet pas [H2 : invalidée] de clarifier ces rôles.

T4	A1	A2	A3
Q4.1	En soi, l'animateur, c'est le premier à être responsable des animations et à pouvoir les animer et éventuellement de collaborer avec des intervenants extérieurs, avec des bénévoles, avec effectivement le corps médical, paramédical. On va dire que c'est lui qui coordonne les activités, le chef d'orchestre. » « Ça pouvait être des observations de ma part, sur certaines choses. Par exemple, je ne sais pas, une dame où je me rends compte que la préhension d'un verre était compliquée. Est-ce qu'il était possible ou envisageable de lui prendre un verre à anses ou des couverts adaptés ? » « J'aime beaucoup le contact ou le fait qu'il y ait des troubles cognitifs apparents chez une personne, mais qu'à travers une activité ou à travers quelque chose qui lui a plu tout au long de sa vie, je peux adapter ça et lui permettre de continuer cette activité et de lui procurer du plaisir et certaines envies, en tout cas. »	« Notre objectif, c'est de créer du lien entre eux et qu'ils se sentent bien ici. » « En aval, on va voir la direction pour certaines choses, pour lui demander qu'est-ce qu'elle pense de tel projet ? Est-ce que ça serait faisable ? Tout ça, mais c'est juste pour un accord [...] Mais après, on est les seuls, par contre, à décider de ça. »	« Oui bah nous, parce-que nous on est en contact tout le temps avec eux. On les voit même interagir ensemble. » « Je pense qu'on ne peut pas demander à quelqu'un qui n'est pas sur le terrain de gérer un métier qui est du terrain. » « Je pense que les animations, ça reste du terrain. »
Q4.2	« Je dirais un accompagnateur, un compagnon, qui est en soutien et en collaboration avec l'animateur. » « L'ergothérapeute, par exemple, il a pu intervenir dans ça, dans les événements de la résidence en soi. Justement, aller les voir, leur proposer ou les questionner, savoir s'ils souhaitaient participer et du coup, avoir un accompagnement pour venir au rez-de-chaussée, par exemple. Ils se faisaient un peu un relais. » « Grâce à l'ergothérapeute, on a eu un parcours moteur à l'extérieur. On a eu beaucoup de choses en lien avec la musique. On a eu des outils adaptés. »	« Notre ergothérapeute, elle fait aussi des activités avec eux. Alors, plus avec la motricité et tout ce qui touche à son domaine d'activité, mais elle en fait aussi. Donc, on travaille ensemble. » Ça nous permet d'adapter au maximum en fonction de telle pathologie, en fonction du lieu aussi et heureusement qu'on a cette béquille avec [l'ergothérapeute]. « On est sans arrêt en train de réadaptés les choses. Et pour ça, l'ergo est faite pour ça... et heureusement qu'elle est là pour réajuster le truc »	« Elle est beaucoup au PASA. Donc, elle fait l'atelier cuisine et la pâtisserie » « Pour moi, oui, je pense qu'elle, elle va plus loin dans les capacités motrices avec les résidents et cognitives aussi parce qu'elle adapte beaucoup mieux que nous, nos ateliers. Elle les adapte vraiment avec des consignes plus professionnelles et d'aller les chercher plus loin. Alors que nous, on reste un peu plus en surface, on va dire. Après, on pourrait, mais je pense que c'est la formation de l'animateur qui n'est pas faite pour ça. Il n'y a pas de matière à aller comprendre les maladies, ce que ça engendre, la personne, etc. Si on avait déjà peut-être plus de... Heureusement qu'ici on a avec la psychologue une fois par mois des petits moments où on arrive un peu plus à comprendre et qu'on a aussi l'ergothérapeute qui nous aide vachement quand on lui pose des questions. Du coup, ça nous aide à mieux comprendre. Mais c'est vrai que l'animation, ça manque. Dans la formation d'animateur, ça manque beaucoup la compréhension des maladies par rapport aux personnes âgées. Parce que

			L'animation, c'est encore trop basé sur les enfants de base. Il n'y a pas de cursus personnage âgées. » « Parce qu'on a fait 2-3 activités avec cette personne. On s'est rendu compte qu'il n'y arrivait pas ou qu'elle n'y arrivait pas et on a repensé la chose. Mais au moins, si on avait déjà peut-être des bases comme les ergos, ou des formations avec l'ergo, ça nous aiderait dès le début. » « Les ergos sont autant sur le terrain que nous. »
Q4.3	« C'était plus des échanges dans le bureau, ce n'était pas des réunions pur et dur ».	« C'est un truc où on bosse déjà pas mal ensemble. C'est très précieux, et je pense qu'on s'aide mutuellement là-dessus. » « Alors, c'est compliqué parce qu'on n'a pas de réunion. On n'a pas vraiment de truc type comme ça. C'est beaucoup pendant les temps de pause, pendant les repas, on va lancer des idées, on va parler des projets. Mais on n'a pas de truc attiré comme ça. C'est très... Ouais, c'est hyper informel pour moi. » « On essaie d'être logique dans le planning, c'est-à-dire qu'on sait qu'elle fait, qu'elle va intervenir sur tel secteur, qu'elle va faire telle activité et nous, on ne sera pas sur ce secteur-là et on ne va pas proposer la même chose juste après. Mais ça, on a son planning dans notre bureau et de même, elle a nos plannings. » « Elle fait la revue de presse avec les secteurs avec plus de troubles cognitifs et nous ont fait la revue de presse avec les personnes plus autonomes. » « En aval, on va voir la direction pour certaines choses, pour lui demander qu'est-ce qu'elle pense de tel projet ? Est-ce que ça serait faisable ? Tout ça, mais c'est juste pour un accord. Mais après, on est les seuls, par contre, à décider de ça. »	« Quand on n'est pas sur le terrain, on peut connaître les résidents, mais pas pareil. On n'a pas la même relation, que même eux les soignants ont une relation avec eux. On n'a pas du tout le même rapport, et on le voit. Selon, il y a des résidents qui vont plus se confier à des soignants, parce qu'ils sont dans leur intimité, que à nous et il y en a qui vont se confier à nous, parce qu'on est tout le temps avec eux. Et vice-versa » « On n'a pas peur d'aller voir [l'ergothérapeute] et lui dire « j'ai fait comme ça, ce n'est pas terrible. Qu'est-ce que tu en penses ? Comment je pourrais faire ? » et qu'elle nous donne des conseils. Et elle, c'est pareil. C'est dans les deux sens, je pense qu'on a des personnalités où on entend qu'on ne peut pas faire du parfait et qu'on a besoin de conseils. C'est ça aussi. »
Q4.4	« C'était en gros catégorisé sur le planning et sur le logiciel. Et ensuite, je retranscris l'animation que je proposais en fonction de la thématique. Mais ça, c'était modulable parce que moi-même, je pouvais recréer à travers ce logiciel d'autres sous-activités ou sous-animations. » « Le logiciel qu'on a tous en commun avec lequel on peut communiquer sur comment s'est déroulée l'animation, qui a participé. Ça permet également de connaître l'humeur de la personne en fonction de la journée. Si toutefois j'ai lu le	« Il y a les mails. Les mails et le logiciel Netsoin aussi où on peut communiquer, envoyer des messages aux aide-soignante de tel secteur, voilà. C'est pour les gros événements surtout, en fait, qu'on fait ça parce qu'après, les activités du quotidien, comme c'est tout le temps régulier, en fait, on ne communique plus. Elles ont un planning dans le bureau, mais quand on ne communique plus, on ne dit pas tel jour, on fait ça. Elles le savent. » « Alors nous, par contre, là-dedans, on n'est pas trop... Pas conviés. Non. Non, mais on devrait...	« A2, elle a été animatrice, mais même cadre d'animation dans une autre structure. Du coup, elle avait beaucoup, beaucoup, beaucoup de réunions ce qui l'a un peu écoeuvée mais c'est vrai qu'ici, du coup, on n'a pas les réunions mais je pense que ça manque. Ça manque... On ne pourra pas... On ne pourra pas impulser la chose sans faire partie, vraiment, du corps des réunions. Si on ne s'implique pas là-dedans, on ne peut pas dire notre mot. »

	matin qu'il y a eu des difficultés à l'habillage ou que la personne a été un peu anxieuse, peut-être qu'il y a eu des répercussions différentes l'après-midi et que j'ai réussi à atténuer cette anxiété. » « Oui, il y avait des transmissions. J'assistais quand je pouvais parce que pareil, ce n'était pas forcément aux bons horaires, au bon moment. On ne m'englobait pas forcément dans ces réunions donc c'était dur pour moi d'intégrer ces réunions. » « Il y avait des réunions pluridisciplinaires aussi qui ont été mises en place pour justement parler du résident, parler d'une personne précise et en lien avec la psychologue pour les projets personnalisés justement. Et du coup, à ce moment-là, je pouvais intervenir pour indiquer ce qu'elle appréciait comme activité, ce qu'elle n'aimait pas et que les aides-soignantes présentes soient au courant également. » « On avait aussi un CODIR. C'est une réunion qui englobait chaque personne de différents pôles avec la direction pour parler de problématiques ou de choses qui vont être mises en place. Par exemple, sur mon pôle, je pouvais justement parler des animations à venir, des événements à venir, des sorties. »	Normalement, l'animation est conviée à la préparation du projet personnalisé, à l'élaboration. Mais là, ce n'est pas le cas. Et d'un côté, nous, on est très, très... Je suis ravie, parce que d'un côté, on fait autre chose et on est sur le terrain, pendant ce temps-là. Il faudrait peut-être... C'est un truc... J'avais dit, quand je suis arrivée ici, moins je fais de réunions, mieux c'est. Moi, je veux être sur le terrain. » « Je sais que c'est notre problématique aussi. J'ai aucune envie de faire partie de ces réunions. On nous l'a dit plusieurs fois. Il y a des réunions de soins, il faudrait qu'on y soit mais ça te bouffe, du coup, une animation. »	
Q4.5	« Oui, si on arrive à englober tout le monde. Après, j'ai envie de dire, ce n'est pas forcément le métier en soi. Malheureusement, c'est humain aussi de vouloir ou non accepter de participer à tel ou tel projet, de se sentir concerné aussi, ou de ne pas se sentir concerné [...] Ce n'est pas forcément le professionnel qui parle, c'est plus aussi la personne elle-même. Et du coup, englober et coopérer avec des personnes, ça peut être compliqué. » « Des fois, je préférerais malheureusement être seule dans un projet parce que je connaissais mon enthousiasme plutôt que d'intégrer des personnes qui n'en avaient pas envie et de les obliger » « Heureusement, il y a certains professionnels, je ne mets pas tout le monde dans le même panier, qui intervenaient et qui, du coup, étaient volontaires » « On va dire que travailler en équipe, j'aurais apprécié davantage. Malheureusement, ça n'a pas été le cas durant ces trois années. J'ai fait sur la base du	« Ça permet de se rendre compte de différentes choses, des fois. On le voit lorsqu'on monte un projet. On est tous quand même autour de ce projet. On a tous une vision différente. On s'engueule des fois. Les gens ne sont pas tous d'accord mais ça permet aussi d'aller de l'avant et de comprendre certains trucs, de les rectifier. »	« C'est de faire partie de tout, en fait. Parce qu'une structure, de toute façon, elle ne peut pas marcher qu'avec... Elle ne peut pas marcher qu'avec l'ergo, ou qu'avec la psy, ou qu'avec le soin, ou qu'avec les ASH. On est obligés d'être tous ensemble et d'être sur le même... Alors c'est dur parce qu'on n'est pas tous sur la même longueur de temps. Mais on a au moins déjà le bien-être quand même des résidents. » « Parfois quand on est dans notre métier, on a nos œillères, parce qu'on est dans le quotidien de notre métier et le fait de parler, ça peut nous permettre aussi d'avoir une autre vision, et du métier de nos collègues aussi. Parce que le soin, des fois, c'est vrai, on râle « ils sont pas prêts, ils sont machins, ce truc. » mais en fait, j'en suis sûr que si on prend une journée ou une matinée dans leur métier, on va se rendre compte que c'est compliqué. »

	volontariat en fonction des personnes qui se sentaient à l'aise sur le fait d'accompagner ou d'animer une activité » « J'aspire à vouloir, dans le futur, avoir cette cohésion d'équipe, d'avoir un soutien et pouvoir fusionner tout corps de métier à ce genre de participation, d'activités qui devraient intégrer tout le monde. »	
--	--	--

THÈMES / SOUS-THÈMES		INDICATEURS
THÈME 5 : NARRATION D'UNE EXPERIENCE VECUE		
Q5 : Pouvez-vous me raconter cette expérience de sa genèse à aujourd'hui ?		
Pourquoi ?	Q5.1 : Quel était le point de départ ? [H1]	- La coopération est le point de départ [H1 : validée].
Quoi ?	Q5.2 : Quelles nouvelles activités ont été permises par cette coopération ? [H1]	- Caractéristiques de la PO
Qui ?	Q5.3 : Quels sont les acteurs concernés par cette coopération ? Quels résidents ? Quels professionnels ? Combien ? [H1]	- Ergothérapeute
	Q5.4 : Un fois mise en place, quels professionnels étaient encore nécessaires pour maintenir cette activité dans le temps ? [H3]	- Une fois mise en place, la présence de l'ergothérapeute n'était plus nécessaire [H3 : validée] / était encore nécessaire [H3 : invalidée]
Quand ?	Q5.5 : À quel moment cette coopération a débuté ? Q5.6 : Combien de temps cette coopération a-t-elle duré ? Q5.7 : Les activités pour lesquelles vous avez coopéré ont-elles perdurées dans le temps ? [H3]	- La PO des résidents s'est maintenue dans le temps.
Où ?	Q5.8 : Dans quels espaces de l'EHPAD, cette coopération s'est-elle déroulée ?	- La PO des résidents est réalisée au sein de l'EHPAD.
Comment ?	Q5.9 : Quel était votre rôle ? Q5.10 : Quel était le rôle de l' ergothérapeute ? Q5.11 : Comment les rôles de chacun ont évolué au travers de cette coopération ? [H2] Q5.12 : Comment chaque professionnel a pu trouver sa place ? [H2]	- La coopération a permis [H2 validée] / n'a pas permis [H2 : invalidée] de clarifier les rôles de chacun des professionnels.

T5	A1	A2	A3
Pourquoi ?	« Il y avait une demande venant des résidents de créer ou du moins de recréer une chorale » « C'est à travers leurs projets personnalisés. Donc ça, c'est le travail de la psychologue qui demande les souhaits ou les attentes via les activités ou socioculturelles et puis, je me base sur ça et j'essaye de répondre à travers une activité. »	« Et en fait, c'est venu de l'idée d'un projet qu'on a eu ici. C'est d'instaurer, deux fois par an, un marché dans l'EHPAD [...] La braderie, voilà. Et en fait, l'idée, c'est venu peut-être plus de la direction, d'avoir des marchands qui viennent dans le jardin. Nous, de vendre des trucs, des objets récupérés à droite à gauche. Et nous, on s'est dit, nous, on aimerait bien, il faut faire participer les résidents, sinon ça n'a pas trop de sens. Qu'est-ce qu'on pourrait leur faire faire ? Je ne sais pas comment c'est venu. Est-ce que c'est venu en parlant avec eux, peut-être ? Mais en fait, on s'est dit, on va faire une collection de sacs créés par les résidents. » « Il y a eu nous deux, et il y a eu aussi avec les résidents. C'est souvent ce qu'on fait. On part déjà toutes les deux, et puis on discute comme ça avec les résidents. Et souvent, l'idée part de là aussi. »	« On sait dit bon, il faut inventer quelque chose pour le marché. C'était l'été. On s'est dit qu'est-ce qu'on peut faire qui peut être accessible et qui va rendre assez joli pour être vendu. Après, c'est venu. Je crois qu'il y a eu des sacs de plage, et puis comme moi j'ai un bac couture, donc comment on pourrait faire pour que ça soit facile ? En plus ces dames, elles savent coudre. Donc en fait, on a eu l'idée de faire des petites touches ou de faire des prénoms aussi, des patchworks... »
Quoi ?	« Il y avait une demande venant des résidents de créer ou du moins de recréer une chorale »	« Parce que dans ce projet, on leur a fait créer des sacs, mais ça a évolué ensuite. On n'aurait jamais pensé aller aussi loin. Ensuite, on a fait une collection photo. C'est-à-dire qu'ils ont posé avec leurs sacs. On a installé les photographies le jour du marché. Tout le monde a pu voir l'expo photo. C'était tout un truc et ce qui était super, c'est que tous ont pu participer. Juste le fait d'empiler quelques perles, et que ça fasse la déco sur le sac, à ceux qui ont plus confectionné des trucs, c'était ça qui était super chouette. » « Avec des prénoms des résidentes, les prénoms les plus vintage, « Colette », « Odette » pour être en version POP un petit peu. [...] C'est eux qui choisissaient les couleurs, tout ça. » « Oui, parce qu'après, il y a eu la séance photo. Ils ont posé avec leur création et ça, c'était magique. » « A la fois la pose photo et il y avait eu l'expo photo pendant un moment. Il y a eu la création, il y a eu ensuite le shooting photo. »	
Qui ?	« J'ai fait appel à une musicothérapeute, j'ai fait appel à des bénévoles, justement à travers les projections, soit	« On a une aide-soignante qui voulait participer parce qu'on avait ouvert ces ateliers aux salariés, à ceux qui voulaient venir aider mais ça été compliqué, pareil	

	d'une histoire, d'un chanteur, soit qui faisait appel à des souvenirs d'enfances. » « Un peu de loin, l'ergothérapeute a contribué à ce projet, puisqu'il y en a certains qui n'avaient pas la possibilité de tenir correctement un pinceau, et donc avec un pinceau adapté, ils ont pu participer » « La direction avait validé le projet d'animation » « Ponctuellement, je dirais qu'il y avait des aides-soignantes qui venaient. » « Grosso modo, c'est 15. [Résidents] »	par rapport à ses pauses, à son temps de travail, elle n'a pas pu. » « C'était leur stand, et c'est un résident qui a vendu, plusieurs résidents, avec nous aussi ».	
Quand ?	« Je dirais en 4-5 mois, en plusieurs séances pour un spectacle qui a été présenté au printemps. » « Et après, c'était de renouveler des ateliers chorals, simplement en chanson, pas forcément avec un but à la fin de spectacle. Donc ça s'est poursuivi par la suite. »	« En fait, ce type de marché, c'est deux fois par an, et l'argent sert pour réinvestir sur d'autres projets de l'établissement. Ça a servi par exemple pour le café de l'établissement. »	« Durant 3 ou 4 mois »
Où ?	« Il avait un espace assez grand au rez-de-chaussée mais si on voulait être un peu plus tranquille, avec moins de bruit [...] Il y avait une salle au premier ou au deuxième étage que j'utilisais pour pouvoir proposer des activités, dont la chorale. »	« Dans le jardin de l'EHPAD »	
Comment ?	[Concernant son rôle en tant qu'animatrice] « Un tremplin. Le fait de rassembler, coordonner un projet. » « Je me suis renseignée pour faire appel à une musicothérapeute, pour justement travailler sur les sons, sur l'instrument, leur demander quelles étaient les chansons qu'ils souhaitaient chanter, pour ensuite arriver à un résultat final qui était un spectacle » « On a monté un décor également avec des séances d'ateliers créatifs. »		« On a eu une stagiaire qui était en master cinéma et super douée en photo et du coup, qui a pris des super clichés. Elle était à l'EHPAD, mais c'était pour sa thèse. Elle voulait faire un peu une immersion avec les personnes âgées parce qu'elle avait le thème de la solitude. » « [l'étudiante] était là à ce moment-là. Elle a fait de la couture avec eux. Elle a fait une photo vraiment en entier avec eux. »

Annexe n°19 : Avis du comité de qualification des projets de recherche.



Délégation Hospitalo-universitaire à la recherche
Commission d'évaluation scientifique des projets de recherche
CHU de Rouen-Hôpitaux de Rouen • Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen
Hôpital Charles Nicolle - 76031 ROUEN Cedex

COMITE DE QUALIFICATION DES PROJETS DE RECHERCHE

Membres : Fabienne TAMION, Gilles GARGALA, Marie-Pierre TAVOLACCI, Charlotte DESPREZ, Elodie ALESSANDRI GRADT, Marie-Anne MELONE

Membres de la DRCI à titre permanent : Ali BOUNACER, Delphine PICOCHÉ

Adresse de contact : secretariat.drci@chu-rouen.fr

Le Comité de Qualification des Projets de recherche a été saisi d'une demande d'avis consultatif pour le projet suivant :

Investigateur principal	Mathilde SOUDEE
Service - Etablissement d'appartenance ou Ecole de Formation (Responsable du traitement)	Etudiante en Ergothérapie – Institut de Formation en Ergothérapie
Nom de l'Encadrant (de thèse, mémoire) et établissement d'appartenance (le cas échéant)	Noémie DESAGAZAN – Déborah LAVAL
Titre du projet	La pratique en ergothérapie en EHPAD inscrite dans un contexte méso et axée sur les relations collaboratives avec les résidents et les agents des services généraux (lingère, cuisiner, Agent des Services Hospitaliers) pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents.
Type de recherche	Multicentrique extérieur
N° d'enregistrement	25-310

Le Comité de qualification a procédé à l'examen de ce dossier et a émis l'avis final suivant :

Recherche ne rentrant pas dans le champ d'application de la Loi Jardé car portant sur des données pré-existantes

S'agissant d'une recherche **extérieure au CHU de Rouen** mono-centrique ou multicentrique :

→ Quelle formalité ?

- Si mono-centrique exclusivement extérieur au CHU de Rouen

Pour ce type de recherche interne, qui n'est pas soumis à la loi Informatique et Libertés, **aucune formalité n'est requise**.

Le responsable de traitement doit inscrire le traitement de données concerné dans son **registre des activités de traitement**.

=>le porteur doit prendre attache auprès du DPO de l'établissement où est réalisé la recherche, responsable du traitement, ou auprès du DPO de l'Université.

- Si multicentrique porté par un établissement extérieur au CHU de Rouen

=>le porteur doit prendre attache auprès du DPO de son établissement de rattachement ou auprès du DPO de l'Université pour une vérification de la conformité du projet à la Méthodologie de Référence MR004 :

V6 du 09/04/2024

**Formulaire de consentement dans le cadre d'un travail d'initiation à la
recherche réalisé en 3^{ème} année de formation d'Ergothérapie à l'IFE de
Rouen**

Je soussignée, Mathilde SOUDÉE, actuellement étudiante en 3^{ème} année de formation d'Ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen, vous sollicite pour réaliser un entretien dans le cadre d'un travail d'initiation à la recherche. La thématique de ce travail porte sur les liens entre la coopération des ergothérapeutes avec les professionnels non soignants et la participation occupationnelle des résidents en EHPAD.

Afin de recueillir des éléments de réponses, je vais vous poser des questions. Cela va durer entre 30 et 50 minutes. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions et vous pouvez mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez. Vous pouvez aussi ajouter des éléments ou faire des remarques qui pourront enrichir notre entretien. Vous pouvez revenir sur une réponse faite préalablement s'il vous semble avoir oublié un élément.

Les entretiens sont enregistrés afin de me permettre de les retranscrire sans oubli, avec précision. Je pourrai alors les analyser. Vous serez anonymisé durant ce travail. L'enregistrement sera détruit après son analyse.

Je, soussigné.e,
accepte de participer à cette enquête et autorise ainsi Mathilde SOUDÉE à m'interroger dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche, et à enregistrer cet entretien.

Le, à

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Annexe n°21 : Expérience de coopération exposée par E1.



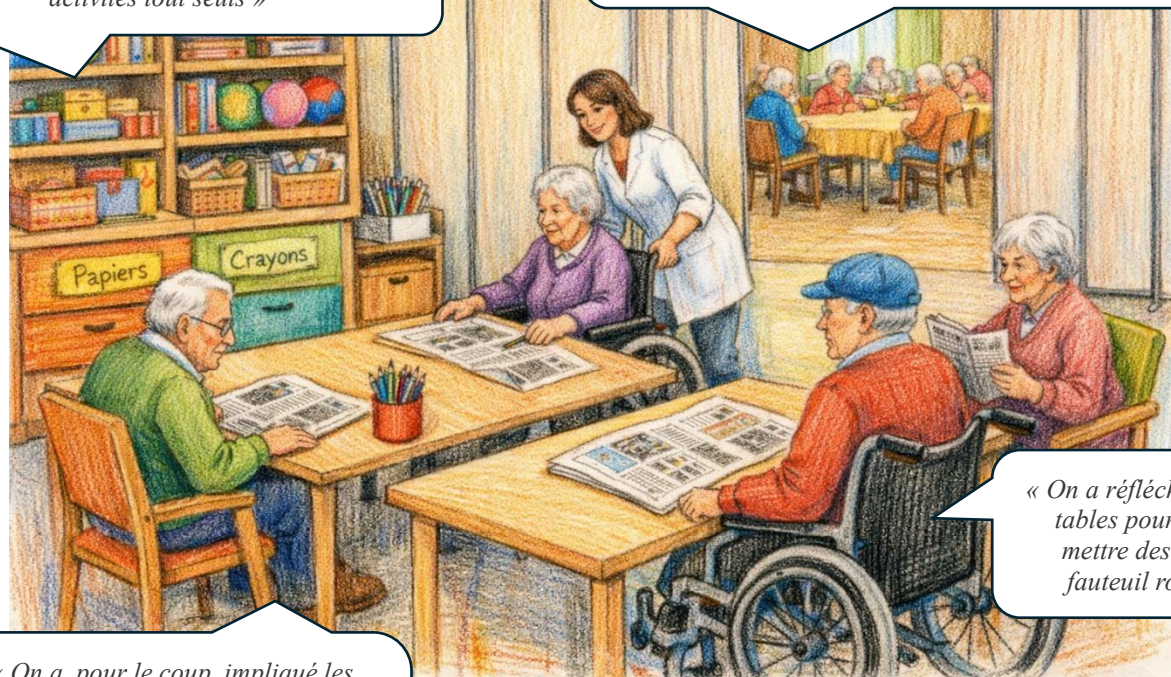
Annexe n°22 : Expérience de coopération exposée par E2.

« C'était à l'initiative des animatrices, mais aussi de moi. L'idée est ressortie dans une **discussion informelle** quand on était en repas. »



« Le but était de créer aussi des étiquettes pour que les résidents puissent aller chercher leurs activités tout seuls »

« On a **retravaillé sur le réagencement** [...] de **l'environnement** » ; « une partie où c'est vraiment que de la salle à manger et une partie où c'est plus de l'activité »



« On a réfléchi aussi aux tables pour pouvoir mettre des gens en fauteuil roulant »

« On a, pour le coup, impliqué les **aides-soignantes** et les **ASH** »
« Il fallait les impliquer le plus possible pour qu'ils prennent part à cet agencement et qu'ils donnent aussi leurs contraintes »

« Le but, c'était que les aides-soignantes installent les résidents dans le lieu d'activités [...] et pas qu'ils passent leur journée devant leur table de salle à manger »

Annexe n°23 : Expérience de coopération exposée par E3.

« On a réfléchi un peu, on a discuté avec elle et l'idée du courrier est venue un peu comme ça. »

La direction et l'adjointe de direction ont donné leur accord...

« Ça a été discuté en réunion pluridisciplinaire [...] pour que tout le monde soit au courant »

« Ça a été inscrit dans son projet personnalisé »

La secrétaire triait le courrier...

La psychologue et l'ergothérapeute ont informé que les capacités cognitives de la résidente le permettaient...

L'adjointe de direction a imprimé et accroché le nom des unités sur le panier...

L'ergothérapeute s'est assurée qu'il n'y ait pas de risque de chute et que la résidente arrivait bien à manipuler le déambulateur...

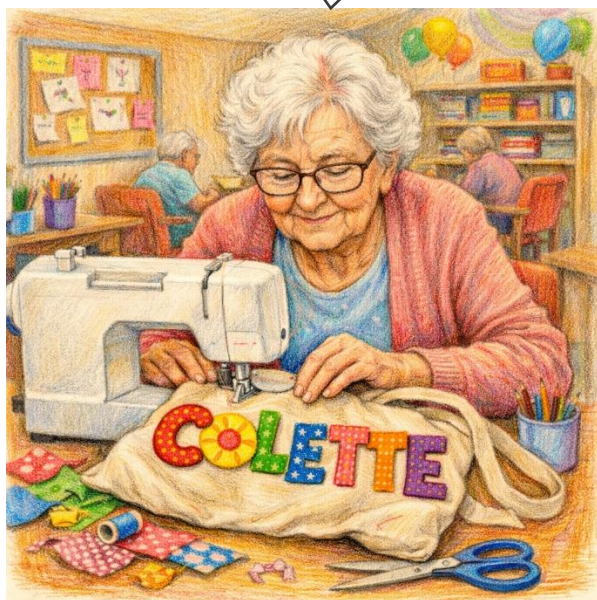
L'homme de maintenance a peint le déambulateur en jaune...

Annexe n°24 : Expérience de coopération exposée par A1.



Annexe n°25 : Expérience de coopération exposée par A2 et A3.

Les **résidents** ont confectionné les Tote Bags en enfilant des perles ou en cousant les lettres de leur prénom.



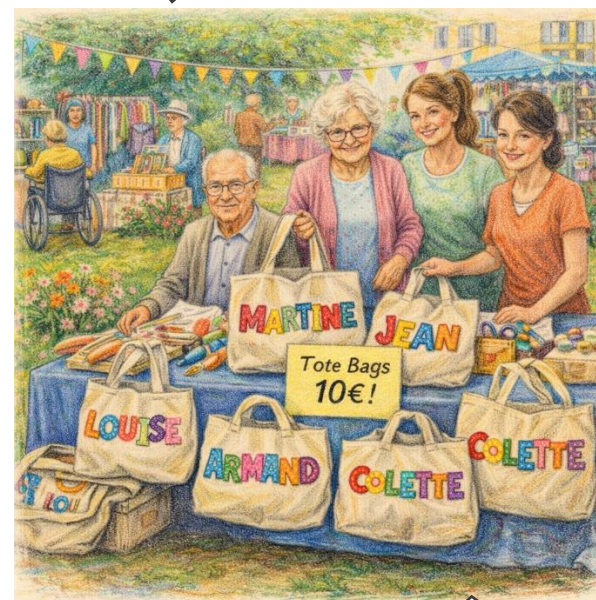
L'idée est venue de A2 et A3 en discutant.
A3 avait fait avant des études dans la couture. Elle a mis ses compétences à profit.

Les **résidents** ont ensuite pris la pose lors d'un shooting photo.



Une **étudiante**, présente dans le cadre de sa thèse en Cinéma, a pris les photos.

Les Tote Bags ont été vendus lors de la braderie, organisée deux fois par an par **la direction** dans le jardin de l'EHPAD.



Les **résidents** ont tenu le stand avec A2 et A3.

RÉSUMÉ

La coopération de l'ergothérapeute en EHPAD avec les professionnels non soignants : un levier pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents.

Introduction : La littérature indique que les résidents des EHPAD peuvent être confrontés à des injustices occupationnelles telles que des aliénations occupationnelles ou des privations occupationnelles. Ainsi, les droits occupationnels des résidents représentent un enjeu pour les ergothérapeutes. Selon le MCPO, le rôle de l'ergothérapeute est de soutenir la participation occupationnelle des personnes qu'il accompagne.

Objectif : L'objectif de cette recherche était d'appréhender en quoi la coopération entre l'ergothérapeute et les professionnels non soignants peut être un levier pour promouvoir la participation occupationnelle des résidents.

Méthode : Une méthode qualitative et une approche hypothético-déductive ont été utilisées pour répondre à cette question de recherche. Plusieurs ergothérapeutes et des professionnels non soignants ont été interrogés par le biais d'entrevues semi-directives. Les données ont été analysées à l'aide d'une grille d'analyse de contenu.

Résultats : Dans sa pratique, l'ergothérapeute peut orienter les résidents vers les possibilités occupationnelles proposées par les professionnels non-soignants, notamment les animatrices. De nouvelles possibilités peuvent également émerger au travers d'une coopération entre l'ergothérapeute et les professionnels non soignants. Cette coopération permet d'ailleurs à l'ergothérapeute de clarifier son identité professionnelle. Enfin, la coopération favorise l'engagement des professionnels non soignants dans le maintien de la participation occupationnelle des résidents en dehors du temps de présence de l'ergothérapeute.

Conclusion : Les EHPAD sont des environnements occupationnels spécifiques au sein desquels résidents et professionnels interagissent de façon interdépendante. La littérature indique qu'il est nécessaire d'impulser un changement de culture au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées et appelle les ergothérapeutes à s'engager dans ce sens. Située à la rencontre des résidents et des professionnels, qu'ils soient soignants ou non soignants, la place de l'ergothérapeute semble en effet représenter un atout pour initier de tels changements en faveur de la participation occupationnelle des résidents.

Mots clés : Coopération, EHPAD, participation occupationnelle, professionnels non soignants.

ABSTRACT

Cooperation between occupational therapists in nursing homes and non-healthcare professionals: a key factor in promoting occupational participation for residents.

Introduction: Literature indicates that residents of nursing homes may face occupational injustices such as occupational alienation or occupational deprivation. Thus, residents' occupational rights present a challenge for occupational therapists. According to the CanMOP, the role of the occupational therapist is to promote occupational participation among the people they support.

Purpose: The aim of this research was to explore how cooperation between occupational therapists and non-healthcare professionals can serve as a catalyst for promoting residents' occupational participation.

Method: A qualitative method and a hypothetical-deductive approach were used to explore this research question. Occupational therapists and non-healthcare professionals were interviewed using semi-structured interviews. Data were analysed using a content analysis framework.

Results: In their practice, occupational therapists may refer residents to the occupational opportunities offered by non-healthcare professionals, particularly activity coordinators. New opportunities may also arise through cooperation between the occupational therapist and non-healthcare professionals. This cooperation also enables occupational therapists to clarify their professional identity. Finally, cooperation encourages non-healthcare professionals to play an active role in maintaining residents' occupational participation outside the occupational therapist's working hours.

Conclusion: Nursing homes are specific occupational environments in which residents and professionals interact in an interdependent manner. The literature indicates that a cultural shift is needed in nursing homes and calls on occupational therapists to play an active role in this regard. Positioned at the interface between residents and staff, whether healthcare professionals or not, the role of occupational therapists appears to be a key asset in initiating such changes to promote the occupational participation of residents.

Key words: Cooperation, nursing home, occupational participation, non-healthcare professionals.