



Clara SORIN – Mémoire d'initiation à la recherche – ADERE

Institut de Formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en
Ergothérapie
52 Rue Vitruve 75020 PARIS

ERGOTHÉRAPIE ET DÉSENGAGEMENT OCCUPATIONNEL EN EHPAD

***Le rôle de l'ergothérapeute lors de la
transition occupationnelle de la personne
âgée institutionnalisée en EHPAD***

Mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

Sous la direction de Monsieur Alexandre Younes

Clara Sorin

Session Juin 2026

Note aux lecteurs : « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné* ».

REMERCIEMENTS

Par ces quelques lignes, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Tout d'abord, j'adresse mes sincères remerciements à Alexandre YOUNES. Merci d'avoir accepté d'endosser le rôle de maître de mémoire : votre expertise en matière de méthodologie de recherche, ainsi que la richesse de nos échanges, ont fortement nourri et guidé ce travail méticuleux.

Ce mémoire de recherche n'aurait pu aboutir sans la participation des ergothérapeutes interrogées. Je leur suis reconnaissante pour le temps qu'elles m'ont accordé et pour la clarté de leurs propos, qui ont affiné tant l'écriture de ce mémoire que mes questionnements.

Une pensée particulière à mes tutrices de stage, d'ici et d'ailleurs, qui, de par leur bienveillance et leur regard critique, ont grandement contribué à l'enrichissement de ma pratique professionnelle.

Enfin, je remercie tout particulièrement ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible. Votre simple présence et l'écoute attentive que vous m'avez témoignée ont fortement compté dans mon parcours.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
1. Données épidémiologiques	7
2. Situation d'appel	8
3. Question de départ	9
CADRE CONCEPTUEL	10
1. La personne âgée au sein de la société française	10
1.1 Définition : qu'est-ce qu'une personne âgée ?	10
1.2 Le processus de vieillissement	11
1.3 La notion de fragilité : un processus dynamique	12
2. L'institutionnalisation en EHPAD	13
2.1 L'EHPAD : description d'un nouveau lieu de vie	13
2.1.1 <i>L'institutionnalisation : un choix délibéré ou contraint</i>	13
2.1.2 <i>Collectivité et isolement social</i>	14
2.2 Les conséquences de l'institutionnalisation	15
2.2.1 <i>Le désengagement progressif des activités de vie quotidienne</i>	15
2.2.2 <i>La dépression</i>	17
2.2.3 <i>Le syndrome de glissement</i>	18
2.3 L'entrée en EHPAD : une réelle transition occupationnelle	18
3. L'ergothérapie au sein d'un EHPAD	20
3.1 Ergothérapie : définition et principes	20
3.2 Une pratique éclectique en EHPAD	20
QUESTION DE RECHERCHE	21
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	22
1. Type d'étude	22
2. Population ciblée	22
2.1 Critères d'inclusion	22
2.2 Critères de non inclusion	22
2.3 Critères d'exclusion	23

2.4 Prise de contact avec les participants	23
3. L'outil d'entretien sélectionné	23
3.1 L'entretien semi-directif : présentation.....	23
3.2 Modalités de passation	24
3.3 Conception	25
4. Modalités d'analyse des données recueillies.....	25
5. Précautions légales	26
RÉSULTATS	27
1. Diagramme de flux.....	27
2. Présentation des ergothérapeutes interrogés.....	27
3. Analyse thématique	28
3.1 Créer la collaboration avec le résident : pierre angulaire de l'accompagnement de la transition occupationnelle.....	29
3.1.1 <i>La première rencontre comme condition préalable</i>	29
3.1.2 <i>Le lien de confiance : un levier de l'accompagnement de la transition occupationnelle</i>	30
3.2 L'évaluation comme fondement d'une intervention en ergothérapie personnalisée en EHPAD	32
3.2.1 <i>Comprendre l'identité occupationnelle : apport de l'entretien</i>.....	32
3.2.2 <i>L'observation des capacités et des limitations</i>	33
3.2.3 <i>Utilisation de bilans standardisés : objectiver et orienter la prise en soin</i>	34
3.3 L'approche collaborative : un levier pour l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la transition occupationnelle.....	35
3.3.1 <i>La famille comme acteur de la continuité occupationnelle</i>	36
3.3.2 <i>L'interdisciplinarité comme levier de l'accompagnement</i>	36
3.3.3 <i>Le résident : acteur central de la transition occupationnelle</i>	38
3.4 L'intervention en ergothérapie en EHPAD face aux contraintes systémiques	39
3.4.1 <i>Les contraintes institutionnelles : obstacles à l'accompagnement de la transition occupationnelle</i>.....	39
3.4.2 <i>Vie affective et sexuelle : entre tabous et invisibilisation</i>.....	41

DISCUSSION	41
1. Confrontation des données récoltées à la littérature scientifique	42
2. Limites et biais méthodologiques	46
3. Apports et perspectives	47
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	57
ANNEXES I : GUIDE D’ENTRETIEN	58
ANNEXES II : RETRANSCRIPTION INTÉGRALE E2.....	62
ANNEXES III : GRILLE D’ANALYSE THÉMATIQUE.....	86
ANNEXES IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	92

INTRODUCTION

1. Données épidémiologiques

Conformément aux données démographiques publiées en 2025 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, la population en France métropolitaine est estimée au 1^{er} janvier 2025 à 66,3 millions (INSEE, 2025). Cette estimation s'accompagne d'un chiffre clé : « Au 1^{er} janvier 2025, en France, 21,8 % des habitants ont au moins 65 ans, contre 16,3 % en 2005 » (INSEE, 2025), avec une prédiction allant jusqu'à 29 % d'ici 2070 (Blanpain, 2025).

Ces chiffres s'expliquent dans un premier temps par l'arrivée massive des enfants appartenant à la génération du baby-boom (INSEE, 2025). Cet anglicisme désigne le phénomène démographique enregistré dans un contexte de post-guerre en France (Larousse, s.d.). Un accroissement du taux de natalité inédit est enregistré : 843 904 naissances recensées en 1946 et 25 millions jusqu'en 1972 (Papon, 2025). De ce fait, les dits baby-boomers jouent un rôle clé dans l'accélération du vieillissement de la population (INSEE, 2025). Ce facteur explicatif s'accompagne également d'une espérance de vie exponentielle, inhérente à l'amélioration des conditions de vie. L'INSEE définit l'espérance de vie comme « la durée de vie moyenne (autrement dit l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année » (INSEE, 2025). En somme, l'espérance de vie à la naissance est un indicateur démographique qui estime le nombre d'années qu'un nourrisson d'une population donnée est censé vivre, au regard des probabilités de décès de cette année. À ce jour, en France, l'espérance de vie d'une femme est de 85,6 ans en 2025 contre 73,61 ans en 1960. En ce qui concerne les hommes, les chiffres demeurent légèrement inférieurs avec une estimation à 80,0 ans en 2025, contre 67,01 ans en 1960 (INSEE, 2025).

À l'échelle européenne, la France se classe parmi les pays européens avec une espérance de vie sans incapacités supérieure à la moyenne (Ministère du travail, de la santé, des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapés, 2025). Elle occupait en 2022 la cinquième place pour les femmes et la septième place pour les hommes (Ministère du travail, de la santé, des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapés, 2025). Cette notion se rapporte « au nombre d'années qu'une

personne peut espérer vivre sans être limitée par un problème de santé dans les activités de la vie quotidienne » (DREES, 2025).

Ainsi, ce vieillissement « par le haut » (Dumont, 2017) soulève de nombreuses questions médico-sociales, notamment au sujet de l'accompagnement des personnes âgées dans un contexte où leur présence augmente au fil des années, avec des conditions de vie qui réduisent le taux de mortalité, mais qui augmentent la dépendance (INSEE, 2025).

2. Situation d'appel

Outre ces données chiffrées, cette thématique, rencontrée à plusieurs reprises, en situation de vie réelle, a suscité, en moi, plusieurs questionnements. Durant ma scolarisation en école secondaire, j'ai eu l'occasion d'intégrer un programme basé sur le volontariat, visant à renforcer le lien intergénérationnel. Par conséquent, j'accompagnais les résidents d'un Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées (EHPAD), le temps d'un après-midi, chaque semaine pendant un an. Ainsi, je participais à des activités de tout type : expressives, artisanales et socialisantes, afin de lutter contre l'isolement social des résidents. Ces activités s'effectuaient également en collaboration avec les soignants de la structure et la famille des résidents. De ce fait, j'ai eu l'opportunité d'échanger régulièrement avec les professionnels de santé, dont les aides-soignantes. L'une d'entre elles travaillait en gériatrie depuis plusieurs années et m'avait expliqué qu'au cours de sa carrière, elle avait plusieurs fois recueilli les confidences des familles, au sujet de la détérioration de l'état de leurs proches, observée à la suite de leur institutionnalisation. À cette époque, je ne me suis pas interrogée davantage à ce sujet. Ce n'est que plus tard, dans le cadre de ma première année de formation en ergothérapie, que j'ai commencé à me questionner.

En effet, des cours de sciences humaines et sociales nous étaient enseignés, avec notamment une introduction à la psychologie. Ce module présentait les fondamentaux de la psychologie du développement, de l'enfance à l'adolescence, puis de l'âge adulte jusqu'au grand âge. Lors de l'étude du vieillissement, l'intervenante a évoqué brièvement la dépression chez le sujet âgé et en particulier sa fréquence. C'est à ce moment précis que je me suis questionnée : si ce trouble est décrit comme fréquent, pourquoi ne pas développer davantage sur les spécificités de cette pathologie ? Par

la suite, lors des cours dédiés au vieillissement pathologique, même si la dépression chez le sujet âgé était évoquée de façon rapide, un élément clé m'a particulièrement marqué : l'institutionnalisation et ses conséquences, sur toutes les sphères de la vie des personnes âgées. Ainsi, c'est à ce moment-là que j'ai commencé à me questionner sur l'intervention de l'ergothérapeute dans ce contexte.

3. Question de départ

A l'aune de ses constats épidémiologiques et expériences, je me pose la question de départ suivante :

Quel est le rôle de l'ergothérapeute, dans la prévention de la dépression chez le sujet âgé, à la suite de son institutionnalisation au sein d'un EHPAD ?

CADRE CONCEPTUEL

1. La personne âgée au sein de la société française

1.1 Définition : qu'est-ce qu'une personne âgée ?

Si l'Organisation Mondiale de la Santé détermine les personnes âgées par un âge, celui de 60 ans (OMS, 2025), nuancer le propos permet de comprendre ce qu'est une personne âgée aujourd'hui.

Cette nuance s'impose comme essentielle, notamment, lorsque l'on prend connaissance de la définition de la personne âgée partagée par l'Académie Nationale de Médecine. Elle précise l'absence de « concept-type », du fait de l'hétérogénéité de la cohorte (Académie Nationale de Médecine, 2020).

La Haute Autorité de Santé établit une définition qui renvoie à la perte d'autonomie et d'indépendance, couplée au diagnostic de polypathologies dans un contexte donné : « La définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif. Ainsi, la fragilité – plus que l'âge de l'état civil – aide à mieux cerner les personnes qui relèvent de la gériatrie, même si la limite communément admise est 75 ans. Ainsi, l'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier, mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes. » (HAS, 2025).

Ainsi, cette notion d'incapacité fonctionnelle n'est pas la seule déterminante : une part de subjectivité est émise. Cet « âge subjectif », conceptualisé par Philippe Tison, s'intéresse à la perception de soi au regard de l'ensemble de changements associés au vieillissement comme le passage à la retraite, le fait de devenir grand-parent, ou encore le décès de ses parents. Ces événements de vie et ces perceptions identitaires dissocient « être âgé » et « se sentir âgé » (Tison, 2023).

De ce fait, il est important d'intégrer à la fois l'altération de l'état de santé et la perception de soi, pour établir une définition davantage flexible et universelle.

1.2 Le processus de vieillissement

Le vieillissement est défini par l'Académie française de la façon suivante : processus naturel et irréversible caractérisé par l'altération des fonctions physiologiques d'un être au cours de son existence » (Académie française, s.d.). Celui-ci s'organise autour de la triangulation bio-psycho-sociale : chaque composante interagit avec les deux autres pour former une triade, qui fait face aux effets négatifs du temps (Tison, 2023). Lorsque ceux-ci sont prédictibles comme le diagnostic d'une hypertension artérielle et qu'ils n'affectent pas la qualité de vie de l'usager, le vieillissement est qualifié de normal. Selon Rowe & Khan, celui-ci est « non pathologique, mais à haut risque » (Rowe & Khan, 1997).

Cette vision amène à supposer qu'il peut également être pathologique, c'est-à-dire qu'à l'inverse du « *usual ageing* », traduit par vieillissement usuel, la qualité de vie est relativement détériorée, du fait des conséquences d'une maladie, ou d'un handicap comme l'explique Philippe Tison : « A l'opposé, le vieillissement pathologique résulterait de modifications anormales, d'altérations, d'inadaptations, qui apparaîtraient au cours du temps, sur une ou plusieurs des composantes bio-psycho-sociales (il n'est pas normal d'avoir une maladie d'Alzheimer par exemple), suffisamment intensément pour que cela altère la qualité de vie du sujet, son autonomie, son intégrité psychique » (Tison, 2023).

En parallèle, un autre vieillissement émerge : le « *successful ageing* ». Le vieillissement réussi est défini selon l'interrelation entre trois critères spécifiques : « une faible probabilité de maladie et d'invalidité liée à une maladie, des capacités fonctionnelles cognitives et physiques élevée et engagement actif dans la vie. » (Rowe & Kahn, 1997). Ici, l'engagement actif rassemble les relations interpersonnelles entretenues par la personne âgée et sa productivité (Rowe & Khan, 1997). Philippe Tison ajoute que le vieillissement réussi est également relatif aux capacités d'adaptation dont l'usager fait preuve face aux changements consécutifs au vieillissement (Tison, 2023). Toutefois, ces variabilités dépendent de plusieurs facteurs notamment les « facteurs génétiques, environnementaux (nutrition, activité physique...), psychologiques. » (Tison, 2023). En somme, le vieillissement dit réussi ne présente pas de pathologies, avec peu ou pas de risque d'en développer, dans un cadre d'autonomie complète (Rowe & Khan, 1997).

Qu'il soit usuel, pathologique, ou encore réussi, le vieillissement n'est pas seulement un déclin physiologique, mais plutôt un processus pluriel qui évolue dans le temps, en fonction d'un contexte unique. Les manifestations cliniques de ces vieillissements favorisent la fragilité de ces derniers.

1.3 La notion de fragilité : un processus dynamique

Au plus, le vieillissement bio-psycho-social s'installe, plus les personnes âgées sont sujettes à des risques variés les fragilisant : c'est ici que le concept de *fragilité* émerge (Fulop et al., 2013). En effet, la fragilité est un syndrome clinique qui est la conséquence même d'un changement physiologique au cours du vieillissement comme l'affirma Qian-Li Xue : « La fragilité est théoriquement définie comme un état clinique reconnaissable par l'augmentation de la vulnérabilité, résultant d'un déclin des réserves et fonctions, lié au vieillissement de multiples systèmes physiologiques, au point que la capacité à gérer les facteurs de stress quotidien ou aigus est compromise » [Traduction par DeepL] (Xue, 2011).

Néanmoins, Pierre Olivier Lang affine la définition en décomposant *la fragilité* en trois étapes corrélatives. Ces trois étapes clés s'inscrivent dans un processus dynamique de par son évolution dans le temps (Lang, 2013). En amont de l'état de fragilité, se situe la « pré-fragilité » : un mécanisme composé d'altérations métaboliques, de dérèglements neuroendocriniens, d'une inflammation inhérente au vieillissement et au développement de maladie multiples (Lang, 2013). Par exemple, le cancer ou les maladies cardio-vasculaires seront décrites telle une conséquence ou manifestation du vieillissement (Fulop et al., 2013). Par la suite survient l'état de fragilité qui se manifeste par un ensemble de signes et de symptômes : miroir de l'affaiblissement de la récupération et donc des réserves physiologiques (Lang, 2013). Autrement dit, la fragilité est caractérisée par un épuisement, une perte de poids, ou encore une sarcopénie : tous source de complications. En effet, la dernière étape qui découle de la fragilité est une phase de risque accru de chute, de dépendance, d'hospitalisation, voire même d'une entrée en institution (Lang, 2013).

En outre, comme le développe Philippe Tison : « les accumulations de facteurs de stress psychosociaux favorisent la survenue de troubles psychologiques par fragilisation » (Tison, 2023).

2. L'institutionnalisation en EHPAD

2.1 L'EHPAD : description d'un nouveau lieu de vie

Communément désignés sous l'acronyme EHPAD, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes relèvent du secteur médico-social au sein du système de santé français (DREES, 2025). Une double mission leur est conférée, celle « d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables », mais également de « préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin » (Portail national d'information des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, 2026). De ce fait, l'EHPAD se présente dans le système de santé français à la fois comme un lieu collectif qui accueille des personnes âgées d'au moins 60 ans, mais aussi comme un lieu de soins, dans lequel interviennent divers professionnels dans le cadre d'un suivi médical individuel.

L'admission en EHPAD dépend d'un dossier national unique. Composé d'un volet administratif et médical, ce dernier permet à l'établissement d'assurer un accompagnement adapté au futur résident. (Portail national d'information des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, 2025).

2.1.1 L'institutionnalisation : un choix délibéré ou contraint

Comme le souligne Philippe Tison, le parcours de vie d'une personne âgée est rythmé par l'enchaînement d'événements dits de vie, tel que l'entrée en EHPAD (Tison, 2023). Communément associé à un « mouroir », la vision collective tend à considérer l'EHPAD comme l'ultime lieu de vie que connaîtra la personne âgée (Dorange, 2005).

Cette entrée en EHPAD s'inscrit dans un parcours de soin varié. En 2023, 51 % des résidents provenaient de leur domicile, ou de chez un proche, 29 % d'un établissement hospitalier et 16 % d'un autre établissement dédié aux personnes âgées (Schweitzer, 2025).

Perçue comme la suite logique du vieillissement, certaines personnes âgées anticipent cette entrée en EHPAD, conscientes du potentiel fardeau que va représenter la détérioration de leur état de santé, pour leurs proches (Mallon, 2007). Cette anticipation favorise donc l'implication du futur résident dans le choix de l'établissement en fonction de leurs préférences, comme la localisation généralement souhaitée à proximité de leur entourage (Mallon, 2007). Le fait d'être acteur de son entrée en EHPAD influence le vécu par la suite : « Bien vivre l'entrée en établissement influence de manière significative le bien-être ressenti par le résident par la suite. » (DREES, 2011).

Au contraire, dans certaines situations, cette anticipation n'est pas systématique. En effet, l'institutionnalisation peut s'imposer comme une solution de dernier recours : la prise de décisions s'effectue dans l'urgence, du fait d'une altération majeure de leur état de santé (DREES, 2011 ; Mallon, 2007). Le fait de ne pas être acteur de sa propre institutionnalisation empêche l'acceptation de cet événement majeur : il sera donc vécu comme un traumatisme, fait de douleur et de dépossession de soi (Dorange, 2005 ; Mallon, 2007). En effet, quitter son logement, lieu symbolique empreint de souvenirs et de projets, représente une rupture identitaire source d'angoisses (Dorange, 2005 ; Tison, 2023).

Quel que soit le contexte de l'institutionnalisation, celle-ci reste malgré tout une étape marquante, voire une véritable épreuve que les seniors sont amenés à affronter (Dorange, 2005). Cette étape charnière nécessite des capacités d'adaptation, notamment au regard du caractère collectif que possède l'EHPAD.

2.1.2 Collectivité et isolement social

Qu'il s'agisse d'un choix volontaire ou fortuit, entrer en EHPAD signifie intégrer un lieu d'hébergement collectif. Outre la présence des résidents, celle des professionnels de santé met en lumière l'ambivalence de l'EHPAD : c'est autant un lieu de vie qu'un lieu de travail (Charras & Cérèse, 2017). Cette collectivité régit par un règlement intérieur engendre des répercussions décisionnelles : « Les résidents d'une maison de retraite peuvent avoir peu d'occasions de prendre des décisions personnelles ou d'exercer un contrôle sur leur vie » [*Traduction par DeepL*] (Gardiner et al., 2020).

Cette collectivité n'exclut pas pour autant un phénomène d'isolement social. Certains résidents connaissent la solitude avant leur institutionnalisation : le décès de leur conjoint, ou encore la diminution de leur cercle social en sont parfois responsables (Gardiner et al., 2020). Pour d'autres, la solitude s'installe au sein même de l'EHPAD. En effet, malgré la présence permanente des résidents, ainsi que des membres de l'équipe soignante, les liens restent superficiels : « la perte de la famille et des amis, le manque de communication significative avec les résidents et le manque de temps des membres du personnel pour converser peuvent conduire à la tristesse et à la solitude, malgré la présumée nature sociale de la vie en maison de retraite » *[Traduction par DeepL]* (Gardiner et al., 2020)

Cette organisation propre à l'EHPAD n'est pas sans conséquence, comme le souligne l'Agence Régionale de Santé : « L'entrée en Ehpad et les changements associés à la vie en collectivité sont source de stress et peuvent engendrer la survenue de syndromes de désadaptation, d'isolement, de perte de motivation ou encore de dépression » (ARS, 2022).

2.2 Les conséquences de l'institutionnalisation

2.2.1 Le désengagement progressif des activités de vie quotidienne

L'engagement occupationnel est vital : il participe activement à la santé, c'est-à-dire au bien-être à la fois mental et physique d'un individu (Law, 2002). Du point de vue ergothérapique, cet engagement envers nos activités donne un réel sens à notre existence : « Au travers l'engagement, nous acquérons des techniques et des compétences, nous nous connectons avec les autres et notre communauté et nous trouvons une raison d'être et un sens à notre vie. » *[Traduction par DeepL]* (Law, 2002).

Law (2002) et Koh et al. (2021) vont respectivement répertorier les facteurs dont l'engagement occupationnel est dépendant. D'un côté, Mary Law mentionne l'environnement institutionnel et physique, la famille et la personne au sens des capacités fonctionnelles et sociales qu'elle possède (Law, 2002). D'un autre côté, Wei Qi Koh ajoute d'autres facteurs tels que le sentiment d'efficacité personnelle, les ressources autant financières que temporelles, l'importance et l'influence sociale (Koh et al., 2021).

En EHPAD, d'autres facteurs s'imposent comme cruciaux. En effet, Green & Acheson Cooper (2000) ajoutent une nuance au regard des facteurs dont dépend l'engagement occupationnel des résidents d'une maison de retraite. Cette distinction met en lumière quatre facteurs : « les capacités et le niveau de motivation du résident et le contrôle et le choix exercé par le résident sur les activités » *[Traduction par DeepL]* (Green & Acheson Cooper, 2000). Dans la mesure où : « l'engagement sous-tend le droit et la capacité d'exercer des préférences et des choix » (Townsend et al., 2013), l'entrée en EHPAD fragilise ce dernier. En effet, les déterminants de l'engagement occupationnel, tels que les capacités décisionnelles, se trouvent altérées : « les injustices occupationnelles sont fréquentes en maison de retraite, les résidents expérimentant souvent un manque d'autonomie et de choix dans l'organisation quotidienne des activités, y compris dans les loisirs » *[Traduction par DeepL]* (Causey-Upton, 2015).

Ces restrictions décisionnelles n'expliquent pas à elles seules le désengagement occupationnel : l'environnement dans lequel celles-ci prennent place joue également un rôle central : « L'environnement d'un établissement de soins peut décourager l'engagement dans des occupations interactives et sociales ; les télévisions sont souvent allumées de longues périodes, mais peuvent être peu engageantes lorsque cette activité est imposée plutôt que choisie » *[Traduction par DeepL]* (Causey-Upton, 2015).

De plus, le déclin physiologique inhérent au vieillissement limite l'engagement occupationnel : « Ceux qui ont expérimenté des barrières ont principalement constaté des difficultés physiques, telles qu'une mobilité et tolérance à l'effort réduites » *[Traduction par DeepL]* (Koh et al., 2021). Une dynamique cyclique se forme : l'altération de la santé liée au vieillissement engendre un moindre engagement occupationnel, alors qu'il est essentiel au maintien de notre bien-être et donc de notre santé.

Qu'ils soient propres à l'EHPAD ou non, cet ensemble de facteurs peut tant faciliter l'engagement occupationnel, que le réfréner (Koh et al., 2021). Autrement dit, l'altération d'un ou plusieurs facteurs réduit l'engagement occupationnel, ce qui affecte conséquemment la qualité de vie (Law, 2002). Ici, l'engagement occupationnel se retrouve fragilisé de par l'aspect collectif qui restreint les choix, l'environnement, mais

aussi la diminution des capacités fonctionnelles inhérente au vieillissement. De ce fait, les résidents sont sujets à un désengagement occupationnel.

Ce désengagement occupationnel contribue notamment à l'altération de l'état psychique des personnes âgées : celles-ci deviennent davantage exposées au risque de trouble dépressif (Wilcock & Hocking, 2015).

2.2.2 La dépression

Avec une prévalence allant jusqu'à 40 % en EHPAD, il est important de définir dans un premier temps ce qu'est la dépression (ARS, 2022). L'Association Américaine de Psychiatrie définit l'épisode dépressif caractérisé comme l'association et l'interaction de plusieurs signes cliniques. Qu'ils soient somatiques, thymiques, attentionnels voir suicidaires, la variabilité de l'intensité permet de les distinguer. Enfin, l'un des points clé est la nuisance sur toutes les sphères de la vie d'un individu. (American Psychiatric Association, 2012).

Sa manifestation chez la personne âgée présente certaines particularités. En effet, le tableau clinique se démarque par la présence de signes et de symptômes communément associés au vieillissement alors que « Il s'agit d'une pathologie invalidante et en aucun cas des stigmates d'un vieillissement normal » (Thomas & Hazif-Thomas, 2008). Ces symptômes rassemblent les plaintes dites subjectives comme les troubles mnésiques, l'ennui, l'impression d'inutilité sociale, ou encore l'insomnie (Lleshi & Bizzozzero, 2009 ; Thomas & Hazif-Thomas, 2008 ; Tison, 2023). Ces plaintes subjectives ne sont pas isolées : elles s'accompagnent également de plaintes somatiques, d'un dérèglement du rythme nycthémeral, ou de symptômes catatoniques (Gallardaa & Lôo, 2008).

L'ensemble de ces signes de mal-être psychique qui remplacent l'habituelle humeur dépressive, sont inhérents à la « perte d'objet » (Thomas & Hazif-Thomas, 2008). Cette perte d'objet renvoie notamment à la perte du domicile : l'institutionnalisation est un facteur de risque (Lleshi & Bizzozzero, 2009).

L'incapacité de faire face à cet événement traumatique favorise non seulement le développement de la dépression, mais aussi d'un état dépressif sévère appelé « syndrome de glissement » (Tison, 2023).

2.2.3 Le syndrome de glissement

Issu de l'anglicisme « *slipping syndrome* », le syndrome de glissement renvoi selon l'Académie Nationale de la Médecine à la : « détérioration subite et rapide de l'état physique et psychique dans la phase de convalescence d'un incident ou accident pathologique, comme une infection et même bénin, chez un sujet âgé souvent fragile mais bien adapté jusqu'alors. » (Académie Nationale de Médecine, s. d.). Ce syndrome est souvent retrouvé chez les personnes âgées fragiles et polypathologiques. Il se caractérise par la rapidité de l'altération de l'état de santé de ces dernières (Weinmann & Pellerin, 2010).

Outre les épisodes infectieux, traumatiques ou encore chirurgicaux, le syndrome de glissement peut s'expliquer par des traumatismes psychologiques (Khater, 2005). En effet, Philippe Tison souligne une nouvelle fois le rôle omniprésent que joue l'institutionnalisation, ou encore le deuil, dans la survenue du syndrome de glissement (Tison, 2023).

Ce glissement vers la mort parfois inconscient (Tison, 2023), se manifeste par une variété de signes multiformes. En effet, les signes somatiques comme les troubles sphinctériens, ou la déshydratation (Khater, 2005), se manifestent conjointement aux signes psychiques comme le mutisme, la clinophilie ou encore le refus de s'alimenter (Weinmann & Pellerin, 2010).

2.3 L'entrée en EHPAD : une réelle transition occupationnelle

La science de l'occupation est à l'origine de l'émergence d'une variété de concepts appuyant la pratique ergothérapique. Parmi ces concepts s'est théorisée la transition occupationnelle. Une transition renvoie à un changement multiple, qui peut concerner un état, un sujet, ou un lieu (Adler & Castro, 2019). Lorsque celle-ci est décrite comme occupationnelle le changement entraîne « une discontinuité qui altère la routine, les habitudes de vie et la configuration des occupations considérées comme acquises » [Traduction par DeepL] (Blair, 2000). Cette discontinuité requiert des capacités d'adaptation, pourtant altérées chez le sujet âgé, car elle exerce une forte influence sur les différentes dimensions de la vie quotidienne : « Les transitions de vie peuvent perturber le sentiment d'identité, les relations, les rôles, les habitudes et le bien-être

d'une personne, y compris sa capacité de participer à des occupations significantes et nécessaires » (ACE, 2025).

Tandis qu'Adler et Castro distinguent les micro-transitions aux transitions dites significatives, Sheena Blair ajoute deux notions clés : la prédictibilité et la volonté. (Adler & Castro, 2019 ; Blair, 2000). En effet, elle catégorise la transition en quatre types : prédictible et volontaire, prédictible et involontaire, imprédictible et volontaire, ou encore imprédictible et involontaire (Blair, 2000).

Cette transition peut être vécue aussi bien positivement, que négativement en fonction de cinq facteurs clé : le contexte de pré-transition (la préparation au changement), le timing, le degré de contrôle que la personne va exercer sur l'événement, la durée et le stress (Adler & Castro, 2019). Par ailleurs, ce vécu est accompagné d'une réaction émotionnelle : frustration, confusion, peur, anxiété ou encore chagrin peuvent être éprouvés (Raanaas et al., 2019).

Sous le prisme de la science de l'occupation, l'institutionnalisation est une transition occupationnelle décrite comme complexe (Lim et al., 2022). Celle-ci entraîne une discontinuité dans la vie quotidienne : la qualité de vie est altérée suite à la transition en EHPAD : « il est incontestable que la plupart des personnes âgées vont expérimenter une qualité de vie amoindrie après leur transition en maison de retraite » *[Traduction par DeepL]* (Lim et al., 2022). L'amoindrissement de leur qualité de vie est intrinsèquement lié à la pratique d'occupations dénuées de sens pour la personne âgée : « Les résidents des maisons de retraite relatent une profonde perte de rôle, un manque d'engagement dans les occupations appréciées, ainsi qu'une autonomie et des choix réduits » *[Traduction par DeepL]* (Causey-Upton, 2015). La fragilisation de l'engagement occupationnel peut entraîner une perte occupationnelle, il est donc essentiel de maintenir ce dernier décrit comme un facteur à l'origine du bien-être des personnes âgées en EHPAD (Dalle et al., 2025).

Expert de l'interaction entre la santé et les occupations (ANFE, s. d.), l'ergothérapeute s'impose comme un acteur pertinent, d'autant plus que, en l'espace de dix ans, son effectif au sein des établissements pour personnes âgées a été multiplié par 2,6 (DREES, 2025).

3. L'ergothérapie au sein d'un EHPAD

3.1 Ergothérapie : définition et principes

Décrit par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes comme « un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. » (ANFE, s.d.) l'ergothérapeute se démarque par son expertise centrée sur les occupations. Autrement dit, l'ergothérapeute cible son intervention sur les activités de la vie quotidienne et leur impact sur le bien-être physique et mental dans un environnement spécifique, afin de maintenir une qualité de vie satisfaisante (Uceda-Portillo et al., 2025).

Qu'il intervienne auprès des enfants, ou des personnes âgées, l'ergothérapeute garde comme objectif principal le renforcement ou le maintien de l'indépendance et de l'autonomie au quotidien : « il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (ANFE, s. d.).

3.2 Une pratique éclectique en EHPAD

Dépendamment des lieux d'exercice, la pratique ergothérapique diffère. L'une des particularités de l'ergothérapie en EHPAD est le champ d'intervention : l'ergothérapeute intervient à la fois auprès des résidents que du personnel soignant.

Au travers d'une intervention personne-occupation-environnement, l'ergothérapeute figure tel un professionnel de santé qui vise l'atteinte d'une qualité de vie optimale au travers d'une pratique satisfaisante des occupations (Manni et al., 2020). En effet : « l'ergothérapie est fondée sur la prémisse que la santé et le bien-être des individus sont soutenus par l'engagement dans des occupations significantes sur le plan personnel et culturel » (Townsend & Polatajko, 2013).

Cette perspective s'applique d'autant plus en EHPAD : un environnement qui occasionne des défis occupationnels, responsables d'une détérioration de l'état psychique des résidents (Joulain et al., 2010). Face aux problématiques occupationnelles relatives à la transition entre le domicile et l'EHPAD, l'ergothérapeute

est décrit comme un acteur apte à proposer des stratégies dans l'objectif de faciliter cette transition (Lim et al., 2022). Renee Causey-Upton démontre qu'un engagement accru dans les activités signifiantes et significatives contribue fortement à l'amélioration de la qualité de vie des résidents en EHPAD (Causey-Upton, 2015). Cette corrélation entre engagement occupationnel et bien-être psychique place donc l'ergothérapeute comme un « agent de changement » (Causey-Upton, 2015 ; Townsend & Polatajko, 2013). En effet, par le biais de l'engagement dans les occupations, l'ergothérapeute aspire à soutenir le bien-être psychique des résidents : « il nous incombe d'accompagner les individus dans cette démarche préventive, afin de les aider à mieux développer leur bien-être et réduire les risques pour la santé » (Lesieur, 2024).

La pratique de l'ergothérapeute s'inscrit donc dans une action de prévention par le biais de l'engagement occupationnel : « [...] prévenir la dépendance et les incapacités, tout en favorisant le maintien de la qualité de vie et de la santé des personnes âgées par le biais d'activités porteuses de sens auxquelles elles s'engagent activement » *[Traduction par DeepL]* (Uceda-Portillo et al., 2025). Par conséquent, l'ergothérapeute dispose des compétences nécessaires pour accompagner les résidents dans l'engagement occupationnel : un réel levier pour la prévention du risque dépressif (Causey-Upton, 2015).

QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche qui résulte de l'ensemble de ces recherches est la suivante :

Quelles stratégies l'ergothérapeute mobilise-t-il pour accompagner la transition occupationnelle des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD, dans une perspective de maintien de l'engagement dans les occupations ?

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Type d'étude

Afin de tenter de répondre à cette question de recherche, une enquête qualitative a été réalisée. Dans un premier temps, les critères déterminés afin d'affiner la sélection des participants seront présentés. Cette présentation sera suivie de la justification du choix de l'outil d'enquête sélectionné. Par la suite, seront détaillés les modalités d'analyse des données récoltées, ainsi que les conditions légales dont une vigilance au respect a été apportée. Enfin, une analyse des résultats suivie d'une discussion en lien avec l'état de l'art sera réalisée.

2. Population ciblée

L'ensemble des questionnements concernent la pratique des ergothérapeutes au sein d'un lieu spécifique : l'EHPAD. Ainsi, l'enquête visera à interroger les ergothérapeutes ayant une expérience professionnelle en EHPAD.

2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sur lesquels l'enquête s'appuie afin d'affiner les recherches reposent sur le lieu, la durée et le pays d'exercice :

- L'ergothérapeute doit être détenteur du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute
- L'ergothérapeute doit avoir une expérience professionnelle en EHPAD d'une durée minimale de six mois.

L'ergothérapeute exerce ou a exercé en EHPAD en France métropolitaine.

2.2 Critères de non inclusion

Pareillement, les critères de non-inclusion établis sont les suivants :

- L'ergothérapeute n'a aucune expérience professionnelle en EHPAD.
- L'ergothérapeute a seulement effectué un stage en EHPAD.

- L'ergothérapeute exerce ou a exercé dans un EHPAD à l'étranger.

2.3 Critères d'exclusion

Les critères suivants impliquent la sortie de l'étude des participants :

- Le participant décide de retirer son consentement à la participation.
- L'entretien n'a pas été complété dans sa totalité en raison d'une interruption.

2.4 Prise de contact avec les participants

Deux modalités distinctes ont été mobilisées lors de la prise de contact avec les potentiels participants. J'ai dans un premier temps consulté au sein de l'IFE le classeur répertoriant les lieux de stage. Cela m'a permis de recueillir les coordonnées professionnelles d'ergothérapeutes qui travaillent en EHPAD. Dans l'attente de retour, j'ai décidé d'élargir les possibilités de réponses en sollicitant mes camarades de promotion, notamment ceux en lien avec des ergothérapeutes qui ont une expérience professionnelle en EHPAD, conformément à mes critères d'inclusion et de non-inclusion. De ce fait, dès la troisième semaine de février, j'ai contacté ces ergothérapeutes par courrier électronique ainsi que par message, selon les informations dont je disposais. Cette première prise de contact s'est présentée comme un moyen propice à la présentation de ma recherche, des critères établis et des modalités de passation.

3. L'outil d'entretien sélectionné

3.1 L'entretien semi-directif : présentation

Le choix de sélection d'outil d'enquête s'est orienté vers un outil d'investigation dit qualitatif. L'outil privilégié pour mener à bien l'enquête est l'entretien individuel semi-directif. Cette décision s'explique par une volonté d'explorer le fonctionnement propre aux ergothérapeutes sur le terrain et d'obtenir leurs points de vue (Tétreault, 2024). L'objectif n'étant pas de quantifier la fréquence des moyens d'intervention, mais plutôt de comprendre le raisonnement clinique, ainsi que le sens donné. Ainsi, cette méthode permet de comparer et de mettre en relation la théorie développée dans la littérature

scientifique et la pratique professionnelle actuelle. Selon Tétreault (2014) : « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations ».

De plus, la flexibilité conférée par l'entretien semi-directif justifie davantage ce choix. En effet, malgré la présence d'une trame composée de questions préétablies, il est possible d'adapter la suite de l'entretien en fonction des réponses obtenues, contrairement à l'entretien structuré (Tétreault, 2014). L'interaction est donc rythmée de questions établies en amont, ou de nouvelles questions propices à l'approfondissement des propos de la personne interrogée : « Ainsi, l'interviewer a la possibilité de poser les questions au fur et à mesure que la personne parle et ce, au moment qu'il juge le plus adéquat » (Tétreault, 2014). Cette maniabilité assure la possibilité de reformuler les idées transmises par l'informateur, afin d'éviter toute potentielle déformation des propos.

3.2 Modalités de passation

Par souci d'organisation, deux modalités de passation ont été proposées : le présentiel ou le distanciel, selon les préférences des personnes interrogées. Ainsi, un entretien a été mené en présentiel, tandis que les trois autres ont été dirigés en distanciel via la plateforme de visioconférence *Google Meet*. Le distanciel a été privilégié en raison d'un éloignement géographique, ainsi que des préférences au regard des disponibilités des ergothérapeutes. Ceux-ci ont duré entre 54 minutes et 1 heure et 10 minutes. Même si l'entretien téléphonique est reconnu comme un outil fiable en recherche qualitative (Tétreault, 2014), celui-ci n'offre pas la possibilité d'observer le langage corporel comme les expressions faciales, les mimiques, ou les gestes qui occupent une place centrale dans la communication non-verbale. Par conséquent, la visioconférence s'est imposée comme un moyen pratique pour interroger un professionnel malgré les contraintes organisationnelles : « Ils rendent possible le contact direct avec la population et réduisent les contraintes de temps, de lieu, ou de matériel. » (Tétreault, 2014). Une fois le recueil de consentement signé et les considérations éthiques rappelées, l'entretien a débuté avec une description de la réalité du participant. Celle-ci a été suivie par une phase d'argumentation avec des questions visant à comprendre les motivations derrière ses choix, puis les idées clés ont été reprises en conclusion.

3.3 Conception

Afin de construire un entretien semi-directif cohérent, un guide d'entretien a été réalisé en amont (Annexe I). Celui-ci avait pour objectif d'assurer cette cohérence en établissant un déroulement fluide et structuré en plusieurs parties : « Il contient les questions prédéterminées dans un ordre logique, ce qui assure une continuité dans la collecte des informations. » (Tétreault, 2014).

Ainsi, la première partie de mon guide d'entretien était dédiée à la mise en contexte de mes recherches. De ce fait, les questions étaient précédées d'un préambule dédié à la présentation des objectifs de mes recherches et aux thèmes qui seront abordés afin de garantir la compréhension de l'ergothérapeute interrogé (Tétreault, 2014). Les « considérations éthiques » étaient également rappelées en amont : l'objectif est de s'assurer que toutes les conditions soient rassemblées afin de débiter les échanges (Tétreault, 2014). Ainsi, chaque ergothérapeute s'est vu rappeler son droit quant à l'enregistrement de l'entretien, ainsi que la possibilité de retirer son consentement à tout moment de l'enquête.

En ce qui concerne les questions prédéterminées, celles-ci étaient ouvertes et avaient comme objectif d'obtenir des informations relatives aux connaissances et aux expériences professionnelles des ergothérapeutes (Tétreault, 2014). La première partie permettait de découvrir le parcours professionnel de la personne interrogée. Elle était suivie d'une seconde partie dédiée à l'entrée en EHPAD et la transition occupationnelle. Elle était succédée par une troisième partie intitulée « ergothérapie et accompagnement de la transition occupationnelle dans le but de prévenir la dépression ». L'entretien s'est conclu par la mention des limites et des freins et des remerciements.

4. Modalités d'analyse des données recueillies

L'ensemble des entretiens menés ont été intégralement retranscrits (Annexe II), afin d'éviter toute déformation, ou fabrication de données. Une fois retranscrits, ceux-ci ont été imprimés afin de faciliter l'étape du codage et la familiarisation avec les données. La lecture des retranscriptions a été suivie de la recherche des mots-clés : ceux-ci ont été mis en avant avec un code couleur (post-it et surligneurs). Ces unités

minimales significantes ont été par la suite regroupées en plusieurs thématiques récurrentes. Une fois les thématiques identifiées, les faits saillants de chaque entretien ont été inscrits dans une grille d'analyse thématique (Annexe III), afin d'associer les propos sans les déformer. L'analyse croisée s'est appuyée sur les verbatims des participants, afin de souligner les convergences et divergences.

5. Précautions légales

Conformément à la loi Jardé, des précautions légales ont été prises. Afin d'obtenir le consentement libre et éclairé des participants, le partage d'une note d'information et la complétion d'un formulaire de consentement (Annexe IV) constituaient une condition préalable à la participation des ergothérapeutes sélectionnés (Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012). De plus, une fois les données récoltées, une vigilance a été apportée quant à l'anonymisation de l'ensemble des données susceptibles de révéler l'identité des personnes interrogées. Ces données anonymisées ont ensuite été stockées sur un disque dur. Enfin, au niveau de la conservation de celles-ci, il a été garanti aux ergothérapeutes interrogés que la totalité des données récoltées serait supprimées à la suite de l'obtention du diplôme d'État d'ergothérapeute.

RESULTATS

1. Diagramme de flux

Le diagramme de flux ci-dessous illustre les différentes étapes de sélection des participants et de passation des entretiens semi-directifs.

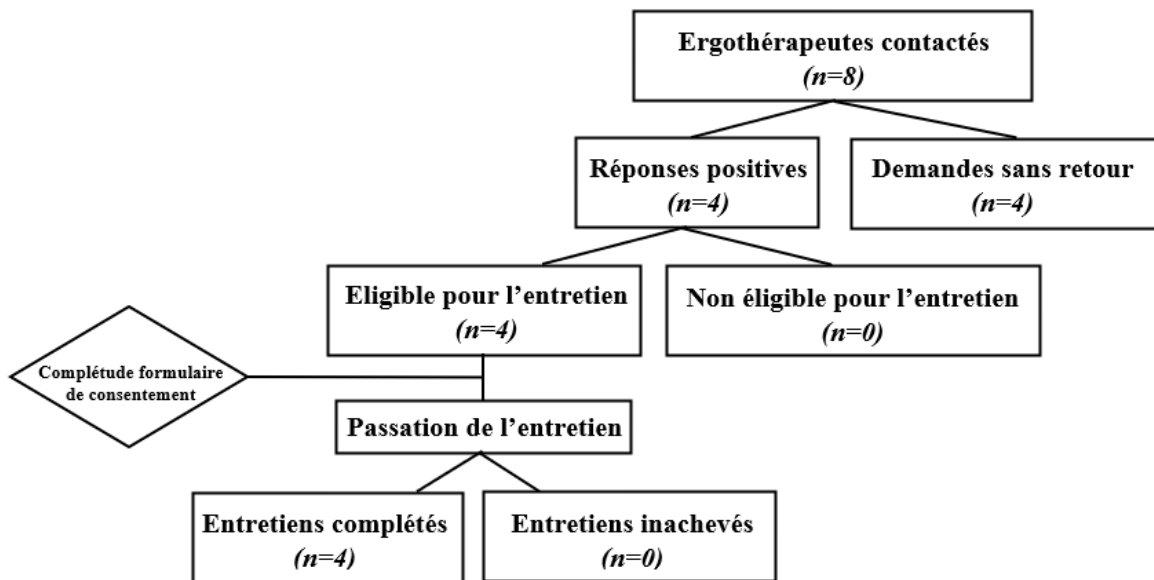


Figure 1 Diagramme de flux du déroulement de la recherche

2. Présentation des ergothérapeutes interrogés

Dans le cadre de l'anonymisation des données, chaque ergothérapeutes interrogée se voit attribué un numéro allant de 1 à 4.

L'ergothérapeute E1 est diplômé depuis neuf ans. Après une expérience professionnelle en hôpital de jour gériatrique, E1 pratique au sein d'un EHPAD à temps plein depuis sept ans. Hormis la formation PRAP2S, aucune autre formation en lien avec la santé mentale chez les personnes âgées n'a été effectuée.

L'ergothérapeute E2 est diplômé depuis un an. Depuis l'obtention du diplôme, E1 continue d'effectuer des études supérieures, tout en pratiquant au sein d'un EHPAD à 60 %. Aucune formation en lien avec la santé mentale chez les personnes âgées n'a été effectuée.

L'ergothérapeute E3 est diplômé depuis quatorze ans. Dès l'obtention du diplôme d'État d'ergothérapeute, E3 a démarré son parcours professionnel dans un EHPAD à temps plein pendant six ans. Son activité professionnelle s'est également déployée au sein d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), d'une équipe de suivi de l'accueil familial social et d'un service dédié aux personnes avec troubles déficitaires intellectuels et psychiatriques. Enfin, E3 a bénéficié de formations professionnelles spécialisées, notamment sur l'accompagnement de la fin de vie, l'accompagnement des troubles psychiatriques chez le sujet âgé, ainsi que la démarche *Humanitude* : une philosophie sur l'accompagnement des personnes âgées.

L'ergothérapeute E4 est diplômé depuis 3 ans. Suite à l'obtention du diplôme d'État, E4 travaille en hôpital de jour, puis dans un centre de rééducation avant de rejoindre un EHPAD, dans lequel E4 travaille depuis deux ans. E4 a été formé aux escarres ainsi qu'au positionnement.

3. Analyse thématique

À l'issue de l'analyse des quatre entretiens, quatre grandes thématiques ont été identifiées :

La première dévoile les mesures mises en place par les ergothérapeutes interrogées dans l'objectif de commencer la création d'une étroite collaboration avec le résident. Cette dernière s'impose comme un levier, qui favorise sur le long terme l'engagement dans les occupations.

Ensuite, les ergothérapeutes mettent en lumière une utilisation d'outils d'évaluation complémentaires. L'évaluation ergothérapique est présentée comme outil propice à l'identification des occupations signifiantes et significatives à intégrer dans leur quotidien.

La troisième thématique expose la dynamique collaborative sur laquelle repose leur intervention auprès des résidents de l'EHPAD. Une collaboration étroite s'installe dans le cadre du respect des habitudes de vie et de l'intégration des occupations porteuses de sens pour les résidents.

Enfin, la dernière thématique ajoute une nuance : favoriser l'engagement occupationnel des personnes âgées en EHPAD nécessite de composer avec des obstacles institutionnels. Entre restrictions budgétaires, effectif du personnel soignant réduit, ou rigidités au niveau des horaires, les ergothérapeutes témoignent de difficultés à l'accompagnement dans le désengagement occupationnel.

3.1 Créer la collaboration avec le résident : pierre angulaire de l'accompagnement de la transition occupationnelle

3.1.1 La première rencontre comme condition préalable

Conscientes des enjeux psychiques qui se jouent autour de l'entrée en EHPAD, l'ensemble des ergothérapeutes interrogées affirme privilégier la création d'un lien de confiance dès les premiers temps qui suivent l'institutionnalisation. Décrite par les ergothérapeutes comme un chamboulement qui occasionne une rupture identitaire, occupationnelle et environnementale, l'entrée en EHPAD nécessite un accompagnement immédiat.

E1 initie la création d'un lien de confiance dès l'arrivée du résident dans l'EHPAD, lors de la première rencontre. Elle décide de « *rapidement les rencontrer* », le jour même de leur intégration, ou bien le lendemain. La temporalité de la première rencontre n'est pas anodine : E1 présente l'entrée en EHPAD comme une perte de repères environnementaux à la fois physiques et sociaux. Face au « deuil de leur vie d'avant » (E1), la première rencontre est un moment propice à la réassurance et à la création de nouveaux repères. E1 s'applique à véhiculer de la « *chaleur humaine et de la bienveillance* » dans le but de « *créer un lien de confiance, qu'ils acceptent qu'on rentre dans leur intimité* ». Ainsi, cette « *étape importante à soigner* » lui permet non seulement de : « *prendre la température, voir un peu comment elles se sentent, dans quel état elles arrivent* », mais aussi de : « *les aider à installer leur chambre, à visiter l'EHPAD, à trouver leurs repères [...], répondre aux questions et gérer toutes les inquiétudes concrètes du début* » (E1). Ainsi, l'ergothérapeute initie l'appropriation progressive de ce nouveau lieu de vie qu'est l'EHPAD, afin de faciliter ce moment de rupture complexe.

Ce point de vue n'est pas isolé. Les propos d'E1 coïncident avec ceux d'E3 qui décrit la première rencontre avec le résident comme : « *un moment charnière [...] pour que la personne se sente dès le début accompagnée comme elle doit l'être* ». Elle réaffirme que : « *accueillir la personne dans les premiers temps, c'est un moment assez important du côté ergo pour accompagner ce moment de la transition* » car « *ils sont dans un contexte de deuil, de leur ancien habitat, de leur ancien cadre de vie, de leur routine et de leurs anciennes capacités* » (E3). Rencontrer précocement le résident est donc une stratégie mise en place par les ergothérapeutes interrogées, dans l'intention de créer un cadre : « *le plus sécurisant possible, afin qu'il y ait le moins de rupture flagrante possible* » (E2). E4 rejoint cette idée en accordant une place importante à la première rencontre dans le processus d'accompagnement de la transition occupationnelle.

La première rencontre avec le résident, mais surtout la temporalité dans laquelle elle s'inscrit, apparaît comme un moment décisif. Elle influence le vécu de la transition et conditionne la future collaboration sur laquelle l'ergothérapeute s'appuiera pour accompagner l'engagement occupationnel du résident.

3.1.2 Le lien de confiance : un levier de l'accompagnement de la transition occupationnelle

Au-delà de la première rencontre, les ergothérapeutes décrivent l'importance de la création d'un lien de confiance sur le long terme. Dans un contexte où l'entrée en EHPAD entraîne une rupture identitaire et occupationnelle, préserver la singularité des résidents s'impose comme essentielle.

En ce qui concerne E2, celle-ci reconnaît la relation avec le résident comme un prérequis essentiel au déroulement du futur accompagnement ergothérapique : « *la relation est importante avant même autre chose [...] parce que si tu n'en as pas ça ne marche pas* ». La création d'un lien de confiance demande à l'ergothérapeute de se rendre pleinement disponible, notamment au travers des échanges avec les résidents : « *il faut perdre du temps pour écouter [...] pour justement ne pas passer à côté de ce temps d'écoute et ce temps de parole [...] et c'est comme ça qu'on arrive à créer du lien* » (E2). Cette attention soutenue aux temps d'échanges est également partagée par E4 qui explique : « *Des fois, il n'y a pas forcément besoin de parler : juste elles ont*

besoin de parler d'elles et il faut les écouter activement [...] elles vont voir qu'on est là pour elles et petit à petit, la relation va naître ». Ces temps d'écoute confèrent aux résidents la possibilité d'exprimer leurs besoins, leurs inquiétudes, ou encore leurs préférences au sujet de leur quotidien, ce qui construit progressivement le lien de confiance. Les ergothérapeutes semblent privilégier l'écoute active et la disponibilité comme des moyens pour reconnaître et valoriser la singularité « *généralement un peu perdue* » (E2). Ce temps accordé aux échanges instaure un climat de confiance : le résident se voit accorder du temps, afin de : « lui montrer qu'elle a une vraie place au sein de l'établissement » (E2). Cette disponibilité renforce donc la confiance que le résident accorde à l'ergothérapeute : ceux-ci investissent mutuellement la relation.

Outre l'écoute active, E4 renforce le lien de confiance par la prise en compte de leur avis, mais également par la régularité des rencontres. En effet, la fréquence des échanges est un paramètre essentiel : la relation entre l'ergothérapeute et le résident se construit dans la durée : « *donc tous les jours, on les voit, tous les jours, ils nous voient. Donc forcément, la relation thérapeutique est plus facile* » (E4). Cette continuité appuie l'engagement occupationnel : E4 souligne que certains résidents acceptent de participer à des activités, à condition qu'elles soient significatives et proposées par un soignant avec lequel un lien est établi, ce qui facilite la reprise d'activités : « *une fois que le lien est établi avec nous, c'est beaucoup plus facile de leur proposer d'autres activités. Une dame disait non à tout le monde, mais oui seulement avec moi* ». De ce fait, cette régularité consolide le lien de confiance et impulse l'engagement occupationnel des résidents.

Au travers de cette collaboration avec le résident, les ergothérapeutes cherchent à préserver leur singularité. Dans un cadre où le résident peut devenir « *juste un nom sur une porte* », E2 veille à ce que les résidents puissent être libres d'exercer des choix tout au long de leur journée : qu'il s'agisse de la place occupée lors des temps de repas, de la personnalisation de leur espace de vie, ou encore de la chanson qui passe à la radio, toutes ces mesures soutiennent l'affirmation de soi au quotidien. Par conséquent, une vigilance est apportée au respect des préférences exprimées par les résidents : « *on n'impose jamais* » (E2), « *on leur demande toujours leur avis avant* » (E4). E1 rejoint cette volonté d'individualiser l'accompagnement au travers d'une intervention « *sur mesure* » afin de « *s'adapter au maximum à eux* » (E1). Cette valorisation de la singularité est également décrite par E3 : elle présente le lien

construit avec le résident comme un outil qui renforce non seulement le sentiment d'appartenance, mais aussi l'identité du résident : « *Je crois vraiment au pouvoir de la relation thérapeutique, surtout avec les adultes âgés et encore plus en EHPAD : de leur montrer qu'eux aussi, ils font partie de notre quotidien* ». Par l'intermédiaire de la relation thérapeutique, E3 accompagne les résidents, dont ceux qui présentent une perte de l'élan vital, vers la réinscription dans les occupations : « *[...] la relation thérapeutique, c'est l'un des moyens utilisés en ergothérapie pour justement lutter et accompagner la réinscription dans les occupations* ».

En somme, le lien de confiance entre le résident et l'ergothérapeute constitue la clé de voûte de l'accompagnement de la transition occupationnelle. Initier, construire et investir la relation avec les résidents favorise la création d'un cadre sécurisant, au sein duquel ils peuvent s'engager pleinement dans les occupations porteuses de sens.

3.2 L'évaluation comme fondement d'une intervention en ergothérapie personnalisée en EHPAD

Les quatre ergothérapeutes dépeignent l'évaluation comme une étape charnière. Entre observation, anamnèse, ou encore bilans standardisés, ces modalités aiguillent l'intervention ergothérapique. En effet, elle habilite les ergothérapeutes à appréhender le résident dans sa singularité, afin d'adapter l'intervention dans un contexte de transition occupationnelle. Elles cherchent à comprendre son identité occupationnelle en identifiant son histoire de vie, ses habitudes, ses capacités et ses occupations porteuses de sens.

3.2.1 Comprendre l'identité occupationnelle : apport de l'entretien

Il est notable que l'anamnèse est effectuée de façon systématique, dès l'entrée du résident. Réalisée dès les premiers jours en EHPAD, elle permet aux ergothérapeutes de recueillir des informations telles que les habitudes de vie, les rôles antérieurs, ou encore les occupations signifiantes. Pour E1, la réception d'un protocole de renseignement lui permet d'appréhender le résident en amont de son arrivée : « *on reçoit un protocole de renseignement, c'est un recueil de données de leur histoire familiale, leur fratrie, quelle profession ils faisaient, leurs occupations, leurs loisirs,*

leurs habitudes de vie, leur autonomie [...] donc ça, je le lis avant qu'ils arrivent, ça me permet de me faire une idée un peu ». Toutefois, elle complète ces informations par un entretien individuel avec le résident lors de son arrivée : c'est par ce biais que cette dernière parvient à « *les raccrocher à ce qui peut les intéresser* » (E1). E2 ajoute qu'à travers des échanges, la connaissance des habitudes de vie accroît et favorise l'adaptation : « *le matériel on sait comment les adapter, parce qu'on connaît leurs habitudes de vie* ». Dès lors que les habitudes de vie sont identifiées, les ergothérapeutes tentent de les intégrer au sein de l'EHPAD. Lors des échanges, E4 présente comme exemple la possibilité de manger en chambre, ou de se lever tard. Ce point de vue est partagé par E1 et E2 qui mentionnent la fréquence de la toilette et l'habitude de manger avec les mains.

Enfin, E3 spécifie la temporalité : « *plutôt anamnèse dans un premier temps* ». Cet entretien avec le résident s'effectue dès l'entrée des résidents : « *dans les jours qui arrivent* » (E4), de manière à « *comprendre qui ils sont* » et à « *respecter leurs habitudes de vie* » (E1).

De ce fait, l'ergothérapeute cherche à connaître le rapport du résident avec ce qui fait sens pour lui. Concrètement, échanger avec le nouveau résident donne lieu à une profonde compréhension de ce qui constitue son identité occupationnelle. Cette étape aiguille les ergothérapeutes sur la façon dont elles vont favoriser une continuité autant au niveau des habitudes de vie, que de la pratique des occupations.

3.2.2 L'observation des capacités et des limitations

À cette anamnèse s'ajoutent des observations cliniques, afin d'évaluer les capacités, les limitations et les besoins du résident au sein de l'EHPAD. Cette compréhension fine est un outil propice pour l'adaptation des occupations et de l'environnement dans lequel elles prennent place.

En effet, l'observation est identifiée par les ergothérapeutes comme un outil propice à l'adaptation de l'activité et de l'environnement, par rapport aux limitations observées. Par exemple, E3 s'appuie : « *surtout sur de l'observation clinique pour évaluer les capacités motrices de la personne [...] et la compréhension de ses limitations de participation* ».

Cette compréhension des limitations permet ensuite la mise en place d'adaptations propices à l'engagement dans les activités, comme le souligne E3 : « *on essayait de créer les conditions pour qu'elle puisse y avoir accès quand même* », afin de permettre selon E1 « *d'exploiter au maximum leurs capacités et les valoriser* ». Ainsi, ces constats cliniques donnent lieu à la mise en place d'adaptations spécifiques comme des « *ouvrages avec des écritures grossies, des loupes [...] des ciseaux adaptés et des livres audios en fonction des problématiques du résident* » (E3), « *s'il y a des troubles visuels, j'adapte aussi* » (E1) et de « *couverts adaptés* » (E2). Ces adaptations constantes soutiennent l'engagement dans les occupations : les résidents peuvent s'engager pleinement malgré les limitations évaluées par l'ergothérapeute. Sur le long terme, ces adaptations semblent aider à faire « *baisser un peu le sentiment d'être complètement dépendant des autres, de n'être qu'une charge, mais aussi les inscrire au maximum dans les activités* » (E3).

Au niveau de la temporalité, « *l'évaluation par observation est continue* » (E4). Elle débute dès les premiers jours en EHPAD et se prolonge dans le temps. Cette vigilance permanente des ergothérapeutes permet de repérer tout : « *un changement de comportement, un repli, une baisse d'engagement aux activités proposées* » (E3).

3.2.3 Utilisation de bilans standardisés : objectiver et orienter la prise en soin

En complément de l'anamnèse et des observations cliniques, certaines ergothérapeutes mobilisent des bilans dits « standardisés », afin d'objectiver les capacités fonctionnelles, ou cognitives. Tandis qu'E1 explique : « *alors moi je fais pas de bilans* », E2 et E4 mobilisent le *Mini Mental State Examination* (MMSE) ou l'inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI-ES). Ces évaluations sont réalisées seulement après un temps d'adaptation à l'EHPAD comme le précise E2 : « *on est obligés d'attendre un temps d'adaptation [...] car pendant ce temps-là, ils ont des comportements et une fois que c'est passé en fait le test n'est plus viable, c'est pour ça qu'on a quand même un temps de latence* ». La temporalité apparaît donc comme un paramètre pris en compte par les ergothérapeutes lors de la passation de bilans standardisés.

Ces bilans permettent notamment de personnaliser l'intervention : ils orientent le Plan d'Accompagnement Personnalisé, préconisent le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et évaluent le risque dépression ainsi que les troubles cognitifs. D'un côté, E4 explique que : « *en fonction de son résultat de son NPI-ES, ça me dit si la personne rentre dans les critères du PASA ou pas* » et de l'autre côté, E2 précise que « *c'est pour savoir le comportement du résident [...] et pour justement nous aider à appréhender son environnement* ». Leur utilisation permet également aux ergothérapeutes d'effectuer un suivi de l'évolution du résident. Par exemple, E4 déclare effectuer des réévaluations avec le MMSE dès l'observation d'un déclin cognitif.

Qu'elle soit protocolaire ou non, l'évaluation permet l'élaboration du projet ergothérapique en identifiant l'identité occupationnelle des résidents. Une complémentarité ressort des entretiens tant au niveau des outils d'évaluation mobilisés que de la temporalité dans laquelle ils s'inscrivent. Face aux conséquences de l'institutionnalisation en EHPAD, les ergothérapeutes s'attachent à repérer ce qui structurait la vie quotidienne des résidents et ce qui risque d'être fragilisé. De plus, elles cherchent à identifier les potentielles adaptations qui seront mises en place pour pallier cette rupture occupationnelle. Toutefois, son application semble nécessiter une étroite collaboration avec un ensemble d'acteurs définis.

3.3 L'approche collaborative : un levier pour l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la transition occupationnelle

L'ensemble des ergothérapeutes soulignent l'importance d'une constante collaboration avec les divers acteurs. Qu'il s'agisse de la famille, de l'équipe soignante, ou du résident, ces derniers collaborent étroitement afin de faciliter la transition entre le domicile et l'EHPAD.

3.3.1 La famille comme acteur de la continuité occupationnelle

Les ergothérapeutes interrogés soulignent l'importance d'une étroite collaboration avec l'entourage familial du résident. Ce dernier permet notamment d'enrichir leur connaissance au niveau des habitudes de vie et occupations significatives.

Les ergothérapeutes sollicitent la famille dans l'objectif d'identifier les occupations pratiquées antérieurement : « *j'aime beaucoup échanger avec la famille et leur demander, voilà qu'est-ce qui était important pour leur proche ?* » (E1). Les informations complémentaires qu'elle apporte semblent renforcer la personnalisation de l'accompagnement de la transition occupationnelle.

Hormis l'identification des occupations, les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur la famille dans le cadre de la réintroduction des occupations : « *on va beaucoup se rapprocher de la famille et de faire en sorte que la famille rapporte ses activités* » (E4). E4 s'appuie sur la famille afin de ramener tous les éléments nécessaires à la réinscription dans les occupations : « *je me suis rendu compte qu'elle n'avait pas de quoi tricoter, du coup j'ai demandé à ses enfants de ramener des aiguilles et depuis elle est trop contente, elle retrouve son loisir d'avant* » ou encore « *une résidente avait l'habitude de s'endormir avec les bruits des vagues [...] et du coup j'ai appelé son fils pour lui de demander de ramener une veilleuse qui projette les vagues* ». Le rôle capital que la famille, la curatelle, ou tutelle jouent dans la réinscription des occupations est également mis en évidence par E2 : « *pour reprendre une activité, on va beaucoup se rapprocher de la famille et faire en sorte qu'elle rapporte ses activités et qu'ensuite les équipes prennent ce relais pour les réintégrer* ».

Les ergothérapeutes accompagnent la transition occupationnelle avec la famille. La transmission d'informations et l'apport de matériel préservent les habitudes de vie et les occupations, ce qui réduit la brutalité de la transition. Après l'entourage familial, ce sont les membres de l'équipe soignante qui collaborent avec les ergothérapeutes.

3.3.2 L'interdisciplinarité comme levier de l'accompagnement

Chaque ergothérapeute présente la collaboration avec l'équipe soignante comme un levier qui facilite la transition occupationnelle.

Les différents professionnels de santé repèrent et partagent avec l'ergothérapeute les difficultés que peuvent avoir les résidents, autant au niveau des transferts, que des risques de chute : *« si les soignantes font un repérage [...] je suis appelée et après, c'est en pluripro qu'on voit ensemble ce qu'on peut mettre en place avec les moyens qu'on a »* (E2). Les ergothérapeutes E2 et E3 expliquent échanger avec l'équipe lors des transmissions et des réunions pluriprofessionnelles afin d'enrichir les évaluations et d'ajuster les adaptations. Ainsi, cette collaboration semble favoriser une adaptation adéquate et consensuelle.

Le croisement de regard interdisciplinaire décrit par E3 permet d'atténuer la rupture que représente l'entrée en EHPAD, en considérant le résident dans toutes ses facettes : *« ça fait toute la différence, parce que chacun amène une connaissance différente de la personne et c'est hyper important de mutualiser la perception qu'on a du résident qui vient d'arriver pour que l'accompagnement qu'on mettra en place adoucisse bah la rupture »*. Cette interdisciplinarité se manifeste par exemple lors de l'intervention des ergothérapeutes aux côtés des aides-soignantes, comme l'illustre E2 qui est sollicitée lors de la réalisation des soins personnels lorsqu'une difficulté est repérée.

L'interdisciplinarité s'applique également lors de la création et la mise en place d'activités proposées aux résidents. E3 présente des projets coconstruits et coanimés : *« avec la psychologue, la psychomot et l'animateur, on organisait des soirées à thème : par exemple pizza-foot, on confectionnait les pizzas avec eux et on regardait le match de foot tous ensemble »*.

La collaboration avec l'équipe soignante favorise également le maintien des habitudes de vie. E4 explique qu'elle rappelle aux équipes les habitudes de vie du résident, afin d'assurer leur respect.

Lors des entretiens, E1 distingue les intervenants d'intérieurs des intervenants d'extérieurs. En effet, dans l'objectif de diversifier les modalités d'accompagnement, les ergothérapeutes sollicitent des acteurs extérieurs à l'institution. E1 et E2 présentent les équipes mobiles de gériopsychiatrie : *« on a des équipes de gériopsychiatrie qui passent de temps en temps quand il y a vraiment des situations un peu complexes »* (E1). Leur expertise en matière de troubles psychiques permet de guider l'équipe soignante dans l'accompagnement des résidents présentant un trouble psychiatrique.

Enfin, E2 et E4 mettent en place des activités intergénérationnelles avec des crèches : *« il y a beaucoup de partenariats qui se font avec des crèches »* (E2). La mise en place de ce projet s'explique par ce qu'il suscite chez les résidents. En effet, il suscite non seulement des émotions positives, mais réintroduit aussi un rôle social fragilisé voire, perdu par l'EHPAD : *« il y a beaucoup de partenariats qui se font avec des crèches. Là, c'est comme si c'étaient leurs arrière-petits-enfants et là ça fait du sens. Et on voit, au niveau des émotions, que c'est complètement différent »* (E2), *« une résidente adorait les enfants, elle travaillait même en crèche avant. Je me suis dit bon, je vais lui proposer et en effet ça a marché, elle est venue »* (E4). Enfin, il est mentionné la thérapie canine par E2 et la zoothérapie par E4 : *« pour la zoothérapie, c'est une entreprise extérieure qui intervient, nous, on est là pour accompagner les résidents à cette activité »*. Ces médiations sont privilégiées pour stimuler l'engagement occupationnel des résidents.

3.3.3 Le résident : acteur central de la transition occupationnelle

Dans cette dynamique collaborative, le résident ne se positionne pas seulement comme un bénéficiaire, mais aussi comme un acteur central. E2 explique intégrer les résidents aux décisions en les invitant à prendre part aux réunions dites collectives : *« on fait des réunions avec les résidents pour savoir de quoi ils ont besoin »*.

L'ensemble des ergothérapeutes sont unanimes sur l'importance de la personnalisation de l'environnement physique, en l'occurrence de la chambre. Bien que l'EHPAD soit un lieu collectif, E2 présente l'EHPAD aux résidents comme un lieu de vie qu'ils peuvent pleinement investir : *« c'est chez vous, faites ce que vous voulez »*. Cette invitation à investir les lieux est également encouragée par E3 : *« C'est vraiment hyper important de cultiver cet aspect de lieu de vie, pour qu'eux puissent se sentir au maximum chez eux et puissent réinvestir des gens, un lieu, une dynamique »*. Dans l'objectif de créer leur propre chez-soi, les ergothérapeutes invitent les résidents à décorer, mais surtout à personnaliser leur chambre : *« s'ils veulent décorer leur chambre, ils décorent leur chambre »* (E2). Les résidents peuvent par exemple ramener des effets personnels comme l'affirment E1 : *« Les cadres et la décoration... est-ce qu'il y a des trucs comme ça que vous aimeriez améliorer ou changer ? »* et E4 : *« Ils peuvent ramener leurs meubles, leurs photos, leurs couvertures. Ils peuvent*

vraiment ramener un maximum d'objets personnels ». Ici, l'objectif est de recréer des repères avec un environnement familial et unique qui reflète la personne au travers d'objets personnels, parfois à forte valeur personnelle.

Ils peuvent également contribuer aux activités en rapportant ce qu'ils ont en leur possession « *on leur dit toujours que s'ils veulent ramener [...] par exemple un moule à gâteau, c'est possible d'apporter des objets qui sont importants pour eux* » (E2). Cette démarche les encourage davantage à s'engager dans les activités proposées.

De ce fait, l'ensemble des ergothérapeutes présentent l'accompagnement de la transition occupationnelle comme un travail collaboratif. Ce dernier repose tant sur l'ergothérapeute que l'équipe soignante, l'entourage familial et le résident lui-même. Néanmoins, l'articulation de l'ensemble de ces modalités reste dépendante aux limites systémiques, spécifiques aux établissements.

3.4 L'intervention ergothérapie en EHPAD face aux contraintes systémiques

L'accompagnement de la transition occupationnelle se heurte à de multiples limites ce qui restreint l'individualisation de ce dernier. Les contraintes institutionnelles, notamment organisationnelles, matérielles et financières restreignent l'intervention des ergothérapeutes.

3.4.1 Les contraintes institutionnelles : obstacles à l'accompagnement de la transition occupationnelle

Parmi les limites institutionnelles, le décalage entre le nombre de résidents et l'effectif des soignants représente un frein. Tandis qu'E1 explique que « *le nombre de résidents, c'est une limite pour s'adapter* », E4 affirme que cela impacte la personnalisation : « *c'est compliqué de faire plaisir à tout le monde vu le nombre de résidents* ». Le nombre de résidents réduit la possibilité d'individualiser l'accompagnement : « *il y avait environ 300–320 résidents. Donc c'était un peu l'usine, surtout qu'il y avait des postes vacants* » (E3).

Ensuite, les ergothérapeutes présentent les habitudes institutionnelles comme un obstacle qui altère les habitudes de vie du résident : « *il faut arrêter de figer le*

fonctionnement institutionnel et que ce ne soit pas le résident qui s'adapte au moule institutionnel, mais que l'institution s'assouplisse pour pouvoir respecter l'habitude de vie de la personne » (E3). E1 remet également en question cette rigidité institutionnelle : *« c'est l'organisation qui va prendre le dessus sur les habitudes de vie des résidents et c'est eux qui se plient plutôt à nos contraintes institutionnelles »*. Par exemple, E2 illustre cette idée avec des contraintes temporelles : *« en institution on va te dire que la douche, c'est à telle heure, tu manges à telle heure, il y a telle activité à telle heure. [...] En fait, le résident s'adapte à la vie en collectivité et pas l'inverse [...] donc il y a une perte de repères totale »*. Cette adaptation à l'institution restreint la capacité d'effectuer des choix des résidents : *« l'institution dira : faut qu'elle ait sa douche aujourd'hui, sinon on est en retard »* (E2).

Les contraintes d'ordre temporelles impactent également la pratique d'E4 : *« les journées sont chargées. Pour faire des projets, il faut se poser, écrire... et je n'ai pas le temps »*. De plus, ce manque de temps restreint le champ d'action des ergothérapeutes notamment d'E1 : *« j'aimerais dans un idéal, mais pour le moment, je le fais pas parce que ça prend du temps, mais ce qui serait top, c'est de pouvoir les rencontrer en amont chez eux »*.

E1 ajoute une description de ce que la personne âgée subit comme changement lors de son entrée en EHPAD : *« au niveau du quotidien tout change quoi, au niveau des horaires, le rythme, la vie en collectivité, les repas, l'alimentation, le fait de se coucher tôt, le fait de ne pas savoir à quelle heure on va venir nous réveiller »*. Cette rigidité institutionnelle est étiquetée par les ergothérapeutes comme *« la plus grosse limite »* (E2).

À ces contraintes organisationnelles s'ajoutent les contraintes budgétaires qui restreignent l'accompagnement de la transition occupationnelle. E2 explique que la conservation des habitudes de vie est dépendante au budget financier : *« certains allaient faire de la balnéothérapie, eh bien nous, on n'en a pas [...] dès que ça met du budget en jeu, là on n'y arrive pas [...] parce qu'il y aurait un coût budgétaire, parce qu'il faudrait adapter un peu plus l'équipement qu'on a actuellement »*. Des contraintes matérielles sont également présentées comme le nombre de véhicules restreint : *« on n'a qu'un seul véhicule donc on doit faire avec, ça nous limite beaucoup »* (E4).

3.4.2 Vie affective et sexuelle : entre tabous et invisibilisation

Enfin, E2 et E3 mettent en avant les tabous persistants concernant la vie affective et sexuelle. Tandis qu'E2 explique « *notre plus grande problématique, c'est vraiment les relations affectives [...] le problème, c'est qu'aujourd'hui, c'est encore très tabou, les équipes sont pas prêtes. Et là, par exemple, on a aucun moyen [...] je ne suis pas entendu là-dessus* », E3 confirme cette vision : « *il y a beaucoup à faire à ce niveau-là, surtout en EHPAD* ». Cette occupation spécifique se retrouve alors invisibilisée par l'institution.

DISCUSSION

La recherche menée s'est construite autour de la question de recherche suivante :

Quelles stratégies l'ergothérapeute mobilise-t-il pour accompagner la transition occupationnelle des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD, dans une perspective de maintien de l'engagement dans les occupations ?

Ainsi, ce travail d'initiation à la recherche vise à identifier les stratégies mises en place par les ergothérapeutes dans le cadre de l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents en EHPAD. À notre connaissance, il n'existe pas, à la date de la réalisation de ce travail, des travaux qui traitent des stratégies mobilisées par l'ergothérapeute dans le cadre de l'accompagnement de la transition en EHPAD en France.

L'analyse des entretiens soulève que l'accompagnement de la transition occupationnelle repose sur une dynamique collaborative, dans laquelle les ergothérapeutes évaluent et réévaluent l'identité occupationnelle des résidents. Cette évaluation donne lieu à une adaptation continue. Entre personnalisation de l'environnement, respect des habitudes de vie, soutien du pouvoir décisionnel des résidents et réinscription dans les occupations porteuses de sens, l'intervention des ergothérapeutes vise à réduire l'impact de l'entrée en EHPAD sur ce qui participe au bien-être des résidents.

1. Confrontation des données récoltées à la littérature scientifique

Les ergothérapeutes interrogées sont unanimes au sujet de l'accompagnement de la transition occupationnelle. Leur démarche vise à créer des repères et réintroduire les activités porteuses de sens pour les résidents, afin de pallier les ruptures occupationnelles et identitaires qu'induit l'entrée en EHPAD. Cette démarche rejoint les propos de Renee Causey-Upton, qui souligne la corrélation entre l'engagement dans les activités signifiantes et significatives et la qualité de vie des résidents en EHPAD (Causey-Upton, 2015). Les ergothérapeutes semblent donc s'inscrire dans cette dynamique : puisque l'entrée en EHPAD entraîne une rupture occupationnelle, les ergothérapeutes s'appuient sur les occupations afin de faciliter la transition occupationnelle.

Au travers des échanges, les ergothérapeutes ont identifié de multiples modalités d'interventions, dans le cadre de l'accompagnement de la transition occupationnelle en EHPAD.

Premièrement, les résultats récoltés reflètent l'importance de la première rencontre. Celle-ci catalyse la future collaboration qui va s'instaurer entre le résident et l'ergothérapeute. Dès les premiers instants, une collaboration ergothérapeute-résident débute, ce qui va permettre ultérieurement la reconnaissance et la valorisation de sa singularité. Leur point de vue s'inscrit dans les travaux de Townsend & Polatajko (2013) affirmant que : « Théoriquement, les ergothérapeutes invitent les clients à exercer leur pouvoir pour exprimer ce qu'ils désirent, ce dont ils ont besoin ou de ce qui est attendu d'eux afin de participer aux occupations signifiantes de leur choix » (Townsend & Polatajko, 2013). Selon les ergothérapeutes, cette collaboration est rendue possible grâce à l'écoute active, le respect des habitudes de vie, la personnalisation de la chambre, la mise en place d'activités présentées comme porteuses de sens et la création de nouveaux repères dans un lieu peu familier. Ces méthodes utilisées sont également présentes dans la littérature : « Par l'entremise de la curiosité et du questionnement, l'ergothérapeute qui écoute véritablement exprime un intérêt authentique envers chacun des clients et cherche à mieux les comprendre » (Townsend & Polatajko, 2013). Ici, la théorie et la pratique convergent : les ergothérapeutes n'imposent pas, mais recueillent leurs avis et préférences afin de les

appliquer. De ce fait, les ergothérapeutes interrogées reconnaissent et valorisent la singularité des résidents pour notamment renforcer leur identité occupationnelle altérée par l'entrée en EHPAD.

Ensuite, le discours des quatre ergothérapeutes présente un processus d'intervention similaire. En effet, celles-ci expliquent commencer la prise en charge par une phase évaluative. Cette étape clé ouvre la porte à une connaissance holistique du résident : les ergothérapeutes investiguent afin d'obtenir davantage de détails sur ses habitudes de vie, ses occupations, ou encore ses capacités fonctionnelles. Ici, les ergothérapeutes s'inscrivent dans une démarche qui correspond au modèle de pratique clinique appelé Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (Nielsen & Wærens, 2015). En effet, celui-ci débute par la phase d'évaluation et d'établissement des objectifs, ce qui correspond au discours des ergothérapeutes. Pour mener à bien cette évaluation, ces dernières mobilisent une variété de moyens comme l'observation, la lecture de recueil de données, l'entretien, ou encore des bilans standardisés tel que le Mini Mental State Evaluation (MMSE). Ces moyens permettent d'observer par exemple les transferts, la marche, ou encore la réalisation des soins personnels. En 2018, Anaïs Villaumé présente comme outil d'évaluation en gériatrie l'entretien individuel, ainsi que l'observation pour identifier : « les éléments facilitateurs et les obstacles, ainsi que l'autonomie et l'indépendance du patient » (Villaumé, 2018). En EHPAD, l'ergothérapeute dispose d'outils d'évaluation standardisés tels que la liste d'intérêts, ou encore le Mini Mental State Evaluation (MMSE) qui apportent des informations complémentaires au sujet des capacités cognitives et des centres d'intérêts (Causey Upton, 2015 ; Uceda-Portillo et al., 2025). Lors de l'enquête, aucune ergothérapeute ne déclare utiliser la liste d'intérêts et seules E2 et E4 mobilisent le MMSE. Cette répartition met en lumière la réalité du terrain : « Il est recommandé dans le cadre d'une intervention en ergothérapie, mais peu de thérapeutes utilisent des évaluations publiées » [*Traduction par DeepL*] (Sackley et al., 2004).

Contrairement à ce qu'affirme Anaïs Villaumé, les ergothérapeutes interrogées ne mentionnent pas la rédaction d'un diagnostic en amont de l'établissement des objectifs (Villaumé, 2019).

Cette évaluation confère aux ergothérapeutes la capacité d'adopter une démarche compensatoire : elles adaptent l'environnement, exploitent les capacités et mettent en place des aides techniques propices à l'engagement occupationnel, en fonction des limitations évaluées. Cette phase d'intervention fait donc écho au modèle de compensation décrit par l'OTIPM comme une : « occupation adaptative basée sur l'occupation et ciblant l'occupation pour compenser des habiletés occupationnelles réduites » (Turpain et al., 2014). Les ergothérapeutes interrogées confirment donc l'idée qu'elles sont dotées de la : « capacité à favoriser un engagement signifiant des résidents, quel que soit leur niveau de capacité » *[Traduction par DeepL]* (Du Toit et al., 2019).

Au travers l'identification des habitudes de vie, l'ergothérapeute est en mesure de réorganiser le quotidien des résidents au sein de l'EHPAD : « les ergothérapeutes travaillent auprès de clients pour restructurer leurs routines, leurs habitudes et leur répertoire occupationnels afin de permettre de continuer à s'engager dans des occupations qui ont un but et qui sont signifiantes » (Townsend & Polatajko, 2013). Elles expliquent notamment effectuer des rappels auprès de l'équipe soignante, afin de veiller au respect des habitudes de vie concernant le lever, la prise de repas, la toilette, ou encore le coucher. Cette veille au maintien des habitudes de vie permet d'assurer une continuité essentielle au bien-être des résidents : « Une transition moins réussie des personnes âgées vers un établissement d'hébergement en raison d'un manque de continuité dans leurs occupations préférées durant la phase principale de transition peut finalement entraîner une qualité de vie plus faible tout au long de leur séjour en institution » *[Traduction par DeepL]* (Lim et al., 2022). Cette continuité des occupations : « peut offrir aux personnes vivant en établissement de soins de longue durée une image de soi stable ainsi qu'un statut d'adulte compétent et capable » *[Traduction par DeepL]* (Causey-Upton, 2015). C'est d'ailleurs pour cela qu'E2 accompagne les aides-soignantes lorsque des difficultés sont repérées : « l'ajustement des soins aux besoins spécifiques des résidents » (Lesieur, 2024).

Cette vigilance à la continuité occupationnelle est présentée lors de l'enquête comme un travail collaboratif. Les ergothérapeutes s'inscrivent dans une dynamique collaborative, qui sollicite autant le personnel soignant que l'entourage familial du résident. Cette collaboration vise à soutenir l'engagement occupationnel, comme

l'affirme Renee Causey Upton : « La connaissance de ces occupations devrait être partagée avec les autres professionnels des maisons de retraite afin qu'elles soient intégrées aux activités proposées par l'institution, dans le but de promouvoir l'engagement dans ces occupations significatives à un niveau individuel, avec l'aide du personnel lorsque cela est nécessaire et d'orienter l'acquisition de ressources » *[Traduction par DeepL]* (Causey-Upton, 2015). Cette vision concorde notamment avec celle d'E3, qui élabore en coconstruction avec ses collègues des activités et des sorties thérapeutiques basées sur ce que les résidents identifient comme signifiant et porteur de sens. Leur pratique collaborative présente : « l'ergothérapie comme un processus de coconstruction où les savoir-faire des soignants sont intégrés et valorisés » (Lesieur, 2024). Les ergothérapeutes interrogées indiquent que cette collaboration s'étend aux membres de l'entourage familial à la fois pour obtenir des informations complémentaires lors de la phase évaluative, mais aussi pour accéder au matériel nécessaire à l'engagement occupationnel. Cette pratique, fondée sur la collaboration, est donc un moyen qui soutient l'engagement occupationnel des résidents : « Une vision partagée par le personnel, les familles et les résidents donnera lieu à un sentiment d'appartenance accru ainsi qu'un engagement significatif pour toutes les parties ». *[Traduction par DeepL]* (Du Toit et al., 2019).

Enfin, les résultats dévoilent les limites systémiques auxquelles se heurtent les stratégies mobilisées par les ergothérapeutes. Les contraintes organisationnelles, temporelles et budgétaires engendrent une restriction de la personnalisation de l'accompagnement en ergothérapie. La description de ces difficultés institutionnelles rejoint celle de Renee Causey-Upton (2015) qui présente le fonctionnement de l'institution comme un facteur d'injustices occupationnelles. Les ergothérapeutes doivent donc conjuguer ces limites avec l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents. Les restrictions budgétaires évoquées par E2, apparaissent également comme une limite : « L'ergothérapie a beaucoup à apporter pour répondre à ces préoccupations ; cependant, les structures organisationnelles — y compris financières — peuvent limiter l'impact de cette profession » *[Traduction par DeepL]* (Rafeedie et al., 2018)

La persistance de tabous autour de la vie intime, affective et sexuelle altère également la pratique des ergothérapeutes. Bien qu'elle soit présentée comme : « une occupation

qui contribue à la santé, au bien-être et à la vie affective » (L'écuyer et al., 2020), la vie affective et sexuelle reste complexe à aborder. Tandis que les ergothérapeutes identifient les tabous persistants comme obstacle, la Haute Autorité de Santé présente le sentiment d'illégitimité, le besoin de formation spécifique et la vie en collectivité (HAS, 2025). À cela s'ajoutent « le manque de temps, l'environnement de travail et le fonctionnement de l'établissement » (L'écuyer et al., 2020). La littérature confirme qu'accompagner la vie affective et sexuelle en institution reste un enjeu en développement.

2. Limites et biais méthodologiques

À l'issue de ce travail d'initiation à la recherche, ma réflexion s'oriente dorénavant vers les limites que celui-ci présente. Une vigilance doit être apportée au regard de la saturation des données obtenus lors des entretiens. Du fait d'un échantillon composé de quatre ergothérapeutes, les résultats récoltés lors des entretiens ne sont ni exhaustifs ni représentatifs de la population. Ainsi, cet échantillon restreint invite à se questionner sur la pertinence à interroger davantage d'ergothérapeutes, dans l'objectif d'étoffer les résultats. Obtenir des perspectives supplémentaires approfondirait la confrontation des données à la littérature scientifique.

Bien qu'une attention particulière ait été portée à la méthodologie de recherche, certains biais méthodologiques subsistent.

Utiliser l'entretien individuel semi-directif comme outil d'enquête n'était pas sans défis. En effet, une vigilance accrue a dû être apportée quant aux questions posées. Le risque était de formuler des questions qui orientent la réponse de l'informateur, ce qui est contraire à la neutralité dont doit faire preuve l'intervieweur (Tétreault, 2014). Ensuite, l'une des limites identifiées est le biais de désirabilité sociale : l'informateur, donc l'ergothérapeute, pouvait fournir une réponse socialement acceptable, c'est-à-dire qui ne correspond pas à sa pratique, mais plutôt « aux normes sociales » (Tétreault, 2014).

Des précautions doivent également être prises quant à l'interprétation des résultats. Cette dernière repose uniquement sur une seule personne. De ce fait, la catégorisation et l'analyse des données peuvent dépendre de plusieurs facteurs tels que ma perception personnelle, ou de mes connaissances. Ainsi, ce biais

d'interprétation ne peut être exclu et doit donc être pris en considération lors de la lecture des résultats.

3. Apports et perspectives

Fortement sensibilisée à l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD, cette année d'initiation à la recherche s'est présentée comme l'occasion de me projeter en tant que future ergothérapeute. En effet, le croisement entre la littérature scientifique et le discours des ergothérapeutes interrogées m'a permis d'appréhender les enjeux auxquels les ergothérapeutes sont confrontés et auxquels je pourrai être confrontée. Ainsi, l'un des bénéfices principaux de cette confrontation entre la théorie et la pratique est l'enrichissement de mes réflexions sur la pratique ergothérapique en EHPAD.

Outre le développement de mes capacités réflexives, la temporalité dans laquelle s'est inscrite ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir sur le long terme mes compétences en matière d'analyse et de rigueur méthodologique.

Ce travail de recherche a permis d'identifier et comprendre les stratégies mises en place par les ergothérapeutes pour accompagner la transition occupationnelle dès lors qu'il y a une institutionnalisation en EHPAD. Des recherches futures pourraient s'appuyer sur nos résultats, afin d'évaluer l'efficacité des stratégies mobilisées dans cette démarche d'accompagnement. Ainsi, il serait pertinent de comprendre quelle stratégie, ou quelle combinaison de stratégies, s'avère être la plus efficace pour soutenir la transition occupationnelle des résidents en EHPAD.

CONCLUSION

En sciences de l'occupation, l'institutionnalisation en EHPAD constitue une transition occupationnelle majeure. Entre altération des habitudes de vie, perte de repères, restriction du pouvoir décisionnel et rupture occupationnelle, la personne âgée devient sujette à un désengagement occupationnel. Dès lors, cette injustice occupationnelle fragilise leur état psychique ouvrant la voie à un risque dépressif.

Ce mémoire d'initiation à la recherche vise à explorer la pratique ergothérapique en EHPAD et plus particulièrement les stratégies mises en place dans le cadre de l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents. Quatre ergothérapeutes ont été interrogées dans le cadre de l'enquête qualitative.

Les entretiens semi-directifs mettent en évidence une variété de stratégies complémentaires, dans le cadre de l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents en EHPAD. Les ergothérapeutes s'inscrivent dans une dynamique collaborative : elles sollicitent l'équipe pluridisciplinaire, l'entourage familial, mais surtout le résident lui-même. Les ergothérapeutes valorisent leur singularité par le biais de la création d'un lien de confiance avec le résident et d'une évaluation holistique. Cette valorisation se traduit par un environnement personnalisé, une adaptation constante des occupations porteuses de sens et une veille au respect des habitudes de vie des résidents. Toutefois, des limites systémiques persistent : accompagner les résidents d'une façon personnalisée dépend de certaines contraintes matérielles, financières et organisationnelles propres à l'institution.

D'un point de vue pratique, ce travail d'initiation à la recherche met en avant les enjeux auxquels les ergothérapeutes font face lors de l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents en EHPAD. Il ouvre également des perspectives d'évolution pour la profession en EHPAD, notamment au sujet de l'efficacité des stratégies décrites, voire de l'existence de stratégies qui ne figurent pas parmi celles présentes dans les résultats de cette enquête.

BIBLIOGRAPHIE

Académie française. (s.d.) Vieillesse. Dans *Dictionnaire de l'Académie française* (9^e éd.). Consulté le 29 mai 2026, à l'adresse <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9V0783#:~:text=1.,affaiblissement%20d%C3%BB%20%C3%A0%20l%C3%A2ge>.

Académie Nationale de Médecine. (2016). Personne âgée. Dans *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Consulté le 20 décembre 2025, à l'adresse <http://91.209.229.113/search/results?titre=personne%20%C3%A2g%C3%A9e>

Académie Nationale de Médecine. (s. d.). Syndrome de glissement. Dans *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Consulté le 20 décembre 2025, à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=syndrome+de+glissement>

Adler, A. B., & Castro, C. A. (2019). Transitions: A theoretical model for occupational health and wellbeing. *Occupational Health Science*, 3(3), 105-123. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00043-3>

American Psychiatric Association. (2013). Depression. Dans *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd., p. 200-201). American Psychiatric Publishing.

ARS. (2022). *Les interventions non-médicamenteuses en activité physique adaptée en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes*. Agence Régionale de Santé.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2025). *Document de pratique : Les transitions de vie*. <https://caot.ca/document/8499/Document%20de%20pratique-%20Les%20transitions%20de%20vie.pdf>

Blair, S. (2000). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 231-237. <https://doi.org/10.1177/030802260006300508>

Blanpain, N. (2018, 20 septembre). *De 2,8 millions de seniors en 1970 en France à 21,9 millions en 2070 ?* Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3645986?sommaire=3646226>

Causey-Upton, R. (2015). A model for quality of life: Occupational justice and leisure continuity for nursing home residents. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 33(3), 175-188. <https://doi.org/10.3109/02703181.2015.1024301>

Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : Domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39(152), 169-183. <https://doi.org/10.3917/g1.152.0169>

Dalle, M., Alaux, A., Frikha, Y., Levionnois, F., & Parenteau, T. (2025). Le groupe de travail « Bien vieillir » au sein du territoire : démarche pluridisciplinaire et actions de promotion autour d'un enjeu de santé publique. *ErgOTHérapies*, 97, 7-13.

Dorange, M. (2005). Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société*, 28(112), 123-139. <https://doi.org/10.3917/g1.112.0123>

DREES. (2011). *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss18.pdf>

DREES. (2024, 31 décembre). *L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2023*. L'expertise statistique publique en santé sociale. https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241231_ER_esperance-de-vie-sans-incapacite-65

DREES. (2025, 28 juillet). *La démographie des professionnels de santé depuis 2012*. <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-depuis-2012/information/>

Du Toit, S., Casteleijn, D., Adams, F., & Morgan-Brown, M. (2019). Occupational justice within residential aged care settings – Time to focus on a collective approach. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(9), 578-581. <https://doi.org/10.1177/0308022619840180>

Dumont, G.-F. (2017). Vieillesse de la population de la France : les trois causes de son accentuation. *Population & Avenir*, 732(2), 17-19. <https://doi.org/10.3917/popav.732.0017>

Dupré-Lévêque, D. (2011). Devenir résident, quel devenir ? *Le Journal des psychologues*, 287(4), 22-25. <https://doi.org/10.3917/jdp.287.0022>

Fulop, T., Cohen, A., McElhaney, J., Morais, J., & Larbi, A. (2013). Physiopathologie : fragilité et maladies chroniques. Dans F. Béland & H. Michel (Éds.), *La fragilité des personnes âgées* (p. 51-64). Presses de l'EHESP.

Gallarda, T., Loo, H. (2009). Dépression et personnes âgées. *L'Encéphale*, 35(3), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.013>

Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care home? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 49(5), 748-757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>

Green, S., & Acheson Cooper, B. (2000). Occupation as a quality of life constituent: A nursing home perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 17-24. <https://doi.org/10.1177/030802260006300104>

HAS. (2025). *Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS : Volet 1 – Socle transversal*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/accompagner_la_vie_intime_affective_et_sexuelle_des_personnes_en_essms_volet_1_socle_transversal_rbpp.pdf

HAS. (2025). *L'évaluation de la prise en charge des patients âgés*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-04/fiche_pedagogique_6e_cycle_personnes_agees.pdf

INSEE. (2019, 12 juin). *Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4160025>

INSEE. (2019, 11 novembre). *Quarante ans d'évolution de la démographie française : Le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

INSEE. (2021, 27 janvier). *Espérance de vie / Espérance de vie à la naissance / Espérance de vie à 60 ans*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1374>

INSEE. (2023). *Espérances de vie à différents âges*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6794598>

INSEE. (2025, 14 janvier). *Population au 1er janvier – Données annuelles de 1990 à 2025*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5225246>

INSEE. (2025, 14 janvier). *En 2024, la fécondité continue de diminuer, l'espérance de vie se stabilise*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319#titre-bloc-21>

Joulain, M., Alaphilippe, D., Bailly, N., & Hervé, C. (2010). Vieillesse, bien-être et dépression : Le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10(57), 106-110. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.03.007>

Khater, M. (2005). Le syndrome de glissement. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 5(28), 44-49. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(05\)82592-9](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(05)82592-9)

Koh, W. Q., Chia, Y. L., Ng, W. X., Lim, F. Y. Q., & Cheung, T. W. C. (2021). Patterns of occupational engagement among community-dwelling older adults in Singapore: An exploratory mixed method study. *British Journal of Occupational Therapy*, 85(1), 68-77. <https://doi.org/10.1177/03080226211008048>

Lang, P.-O. (2013). Quels marqueurs de fragilité pour quelles mesures ? Dans F. Béland & H. Michel (Éd.), *La fragilité des personnes âgées* (p. 67-77). Presses de l'EHESP.

Larousse. (s. d.). Baby-boom. Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/baby-boom/7317>

Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649. <https://doi.org/10.5014/ajot.56.6.640>

L'écuyer, K., Auger, L. P., Lamontagne, M. E., & Bastien, J. (2020). Soutenir l'habilitation à l'occupation de la sexualité par un groupe d'intérêt virtuel : perceptions d'ergothérapeutes. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 6(2), 42-63.
<https://doi.org/10.13096/rfre.v6n2.133>

Lesieur, L. (2024). L'ergothérapie un catalyseur pour repenser l'autonomie et la prévention en EHPAD. *Revue de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie*, 54.

Lim, W. M. B., Kong, Z. N. T., & Lim, S. M. (2022). Engagement of activities and experience of senior adults transitioning into nursing homes in Singapore. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 79(3), 1-8.
<https://doi.org/10.1080/14473828.2022.2112438>

Lleshi, V., & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 5(216), 1785–1789. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-216/la-depression-du-sujet-age>

Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. (2012). Legifrance.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587>

Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : Rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, 30(121), 251-264. <https://doi.org/10.3917/gs.121.0251>

Manni, B., Gitlin, L., Garzetta, G., Collier, L., & Fabbo, A. (2020). Occupational therapy in nursing home. Dans C. Pozzi, A. Lanzoni, M. J. L. Graff, & A. Morandi (Éd.), *Occupational therapy for older people* (p. 101-124). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-35731-3_6

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2025, 9 octobre). *Vivre vieux et plus longtemps : Allongement de l'espérance de vie sans incapacité*. <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/vivre-vieux-et-mieux-plus-longtemps-allongement-de-l-esperance-de-vie-sans>

Nielsen, K. T., & Wæhrens, E. E. (2015). Occupational therapy evaluation: use of self-report and/or observation?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 13–23. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.961547>

OMS. (2025, 2 août). *Espérance de vie à la naissance (années)*. Organisation mondiale de la santé. <https://data.who.int/fr/indicators/i/A21CFC2/90E2E48>

OMS. (2025, 1 octobre). *Vieillesse et santé*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Papon, S. (2023, 28 septembre). *En 2022, des naissances au plus bas depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7670212>

Portail national d'information des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches. (2025, 15 janvier). *Comment faire une demande d'admission en EHPAD ?*. Le site officiel d'information pour les personnes âgées et leurs aidants. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/preparer-l-entree-en-ehpad/comment-faire-une-demande-d-admission-en-ehpad>

Portail national d'information des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches. (2026, 2 février). *Les EHPAD*. Le site officiel d'information pour les personnes âgées et leurs aidants. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

Rafeedie, S., Metzler, C., & Lamb, A. (2018). Opportunities for Occupational Therapy to Serve as a Catalyst for Culture Change in Nursing Facilities. *American Journal of Occupational Therapy*. 72(4). <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.724003>

- Raanaas, R. K., Lund, A., Sveen, U. S., & Asbjørnslett, M. A. (2019). Re-creating self-identity and meaning through occupations during expected and unexpected transitions in life. *Journal of Occupational Science*, 26(2), 211-218. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1592011>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sackley, C. M., Atkinson, J.C., & Walker, M.F. (2004). Occupational therapy in nursing and residential care settings: A description of a randomised controlled trial intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 104-110. <https://doi.org/10.1177/030802260406700302>
- Tétreault, S. (2014). Méthodes de recherches pour explorer ce que l'autre pense, reçoit, perçoit. Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 215-245). De Boeck Supérieur.
- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 31(126), 141-155. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0141>
- Tison, P. (2023). Aide-Mémoire - Psychologie du vieillissement en 40 notions. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tison.2023.01>.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (N. Cantin, Éd. ; 2e éd.). CAOT Publications ACE.
- Turpain, T., Mignet, G., & Sorita, E. (2024). Le modèle transactionnel de l'occupation (MTO) (Fisher & Martella, 2019). Dans M.-C Morel-Bracq (Éd.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (p. 136-146). DeBoeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2024.01>
- Uceda-Portillo, C., Talavera-Valverde, M.-Á., Souto-Gomez, A.-I., & Moruno-Miralles, P. (2025). Occupational therapy interventions to improve the quality of life of healthy

older people living in nursing homes: Scoping review. *SAGE Open*, 15(2), 1-13.
<https://doi.org/10.1177/21582440251340604>

Villaumé, A. (2018). Rôle de l'ergothérapie en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 19(109), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>

Weinmann Péru, N., & Pellerin, J. (2010). Syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques et éléments de prise en charge. *L'Encéphale*, 36(2), D1-D6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.006>

Wilcock, A. A. (2015). *An occupational perspective of health* (3e éd.). Slack Incorporated.

Xue, Q.-L. (2011). The frailty syndrome: Definition and natural history. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.08.009>

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D’ENTRETIEN	58
ANNEXE II : RETRANSCRIPTION INTÉGRALE E2	62
ANNEXE III : GRILLE D’ANALYSE THÉMATIQUE	86
ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	92

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN

Préambule :

Bonjour,

Je m'appelle Clara Sorin, je suis actuellement étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'ADERE. L'entretien d'aujourd'hui intervient dans le cadre de la phase exploratoire de mon mémoire d'initiation à la recherche, que je mène dans l'objectif d'obtenir le diplôme d'État d'ergothérapeute.

Le titre de mon étude est la suivante : Ergothérapie désengagement occupationnel : *Le rôle de l'ergothérapeute lors de la transition occupationnelle de la personne âgée institutionnalisée.*

L'objectif principal de cette recherche est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la transition occupationnelle en EHPAD et son implication dans la prévention du désengagement occupationnel.

Pour faciliter votre participation je tiens à vous préciser quelques points :

- L'entretien se déroule sous la forme d'un échange libre, d'une durée d'environ 45 minutes.
- L'entretien est totalement confidentiel. Aucune information qui peut permettre de vous identifier ne sera mentionnée dans mon écrit, ainsi que lors de la soutenance finale. Les informations collectées seront utilisées seulement dans le cadre de ce mémoire et seront conservées de manière sécurisée sur une période limitée.
- Vous êtes libre de répondre ou non à une question et de développer vos réponses autant que vous le souhaitez. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment, si vous le souhaitez. Vous pouvez également me poser des questions si vous avez besoin d'informations supplémentaires.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré, en vue d'effectuer une retranscription intégrale. Cela facilitera la prise de notes et me permettra d'être attentive à notre entretien. Êtes-vous d'accord avec le fait d'enregistrer ?

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

Partie 1 : Parcours professionnel

- 1. Pourriez-vous présenter de façon synthétique votre parcours professionnel ?**
 - ☐ Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?
 - ☐ Depuis combien de temps travaillez-vous ou avez-vous travaillé en l'EHPAD ?
- 2. Pouvez-vous me présenter votre établissement actuel ou passé ?**
 - ☐ Type d'établissement
 - ☐ Composition de l'équipe soignante
 - ☐ Nombre de résidents
- 3. Avez-vous des formations spécifiques en lien avec votre pratique en EHPAD ?**
 - ☐ Gériatrie
 - ☐ Santé mentale
 - ☐ Accompagnement fin de vie
 - ☐ Engagement occupationnel
- 4. Avez-vous des formations spécifiques en lien avec les troubles dépressifs chez la personne âgée ?**

Partie 2 : Entrée du résident et transition occupationnelle

- 1. Comment se déroule ou se déroulait l'arrivée d'un nouveau résident dans votre établissement ?**
 - ☐ Processus d'admission
 - ☐ Etapes
 - ☐ Temporalité
 - ☐ Premiers jours
- 2. A quel moment intervenez-vous dans ce processus ?**
- 3. Selon-vous que change l'entrée en EHPAD dans la vie quotidienne d'une personne âgée ?**
 - ☐ Habitudes de vie
 - ☐ Rôles sociaux
 - ☐ Autonomie dans la prise de décision
 - ☐ Rythme de vie / routine

4. Est-ce que la transition occupationnelle est un concept qui vous est familier ou que vous utilisez ? Comment la définiriez-vous ?

Lors de cet entretien, nous allons nous baser sur la définition suivante, qui reprends toutes les caractéristiques décrites par Blair, Adler et Castro.

La **transition occupationnelle** est une discontinuité qui altère la routine, les habitudes de vie et la configuration des occupations considérées comme acquises. Les transitions de vie peuvent perturber le sentiment d'identité, les relations, les rôles, les habitudes et le bien-être d'une personne, y compris sa capacité de participer à des occupations significatives et nécessaires.

- 5. Selon-vous, en quoi l'entrée en EHPAD constitue-t-elle une transition occupationnelle ?**
- 6. Que deviennent les anciennes habitudes de vie des résidents suite à l'institutionnalisation ?**
- 7. Quels types d'occupations sont généralement perdues, voire abandonnées suite à l'entrée en EHPAD ?**
- 8. Comment les résidents vivent-ils ces changements ?**
- 9. Quels signes vous font penser qu'un résident ne parvient pas à s'adapter à cette transition ?**

Partie 3 : Ergothérapie et accompagnement de la transition occupationnelle

- 1. Quels objectifs mettez-vous ou mettiez-vous en place suite à l'admission d'un résident ?**
 - ☐ Y'a-t-il un ordre de priorité ?
- 2. Quelles sont/étaient vos premières actions auprès d'un résident nouvellement admis ?**
- 3. Comment identifiez-vous les occupations significatives pour lui ?**
- 4. Quels moyens mettez-vous en place pour accompagner la reprise d'activité ?**
 - ☐ Comment les choisissez-vous ?
 - ☐ Que faites-vous lorsque cela ne fonctionne pas ?

- Comment faites-vous pour répondre aux besoins de chaque résident malgré la collectivité de l'EHPAD ?

5. **Comment évaluez-vous l'impact de votre accompagnement sur l'état psychique du résident ?**
6. **Quels autres axes d'intervention en lien avec la réinscription dans les occupations pourriez-vous ou auriez-vous pu mettre en place en tant qu'ergothérapeute afin d'accompagner la transition occupationnelle ?**
7. **Collaborez-vous avec l'équipe soignante pour maintenir les habitudes de vie des résidents ?**

Partie 4 : Limites et leviers

1. **Quels freins peuvent limiter la prévention du risque dépressif en EHPAD ?**
2. **Quels freins pourraient limiter les potentiels axes d'amélioration ?**
3. **Selon-vous quels facteurs facilitent la prise en charge des résidents dont l'état psychique est fragilisé ?**

Conclusion :

1. **Remerciements**
2. **Est-ce qu'il y a des sujets que je n'ai pas abordé et qui vous semblent pertinents ?**

ANNEXE II : RETRANSCRIPTION INTÉGRALE E2

Date : 21/03/2026

Durée : 54 minutes et 44 secondes

Enquêteur : Je m'appelle Clara Sorin, je suis actuellement étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'ADERE. L'entretien d'aujourd'hui intervient dans le cadre de la phase exploratoire de mon mémoire d'initiation à la recherche, que je mène dans l'objectif d'obtenir le diplôme d'État d'ergothérapeute. Le titre de mon étude est la suivante : *Ergothérapie désengagement occupationnel : Le rôle de l'ergothérapeute lors de la transition occupationnelle de la personne âgée institutionnalisée*. L'objectif principal de cette recherche est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la transition occupationnelle en EHPAD et son implication dans la prévention du désengagement occupationnel. Pour faciliter ta participation je tiens à te préciser quelques points. L'entretien se déroule sous la forme d'un échange libre, d'une durée d'environ 45 minutes. L'entretien est totalement confidentiel. Aucune information qui peut permettre de vous identifier ne sera mentionnée dans mon écrit, ainsi que lors de la soutenance finale. Les informations collectées seront utilisées seulement dans le cadre de ce mémoire et seront conservées de manière sécurisée sur une période limitée. Tu es libre de répondre ou non à une question et de développer tes réponses autant que tu le souhaites. Tu peux interrompre l'entretien à tout moment, si tu le souhaites. Tu peux également me poser des questions si tu as besoin d'informations supplémentaires. Avec ton accord, l'entretien sera enregistré, en vue d'effectuer une retranscription intégrale. Cela facilitera la prise de notes et me permettra d'être attentive à notre entretien. Est-ce que tu es d'accord avec le fait d'enregistrer ?

E2 : Oui, je suis d'accord.

Enquêteur : Super. Avant de commencer, est-ce que tu as des questions à propos de la recherche ou du déroulement de l'entretien ?

E2 : Non.

Enquêteur : Très bien, on peut commencer. La première partie va concerner ton parcours professionnel. Est-ce que tu pourrais me présenter de façon synthétique ton parcours ?

E2 : Il faut savoir que je travaille en EHPAD depuis l'âge de 16 ans, d'abord en bénévolat. J'ai toujours voulu travailler auprès des personnes âgées et c'est comme ça que j'ai découvert le métier d'ergothérapeute en classe de troisième. J'ai fait un bac ST2S, parce qu'on m'avait dit que c'était le parcours recommandé. Je n'ai pas été prise en école d'ergo à la première phase, donc j'ai fait une prépa, car avant le Covid les écoles d'ergo étaient sur concours. Ensuite, j'ai fait une prépa ergo, puis je suis rentrée en école à Créteil. Ça fait maintenant six mois que je suis diplômée et en plus de travailler en tant qu'ergo, je poursuis mes études en parallèle.

Enquêteur : D'accord. Et du coup, tu as travaillé dans quelles structures pendant ces six mois ?

E2 : Je suis en EHPAD.

Enquêteur : D'accord et donc est-ce que tu peux me présenter l'établissement dans lequel tu travailles ? Comment il fonctionne, le nombre de professionnels de santé, le nombre de résidents etc. ?

E2 : Alors celui où je suis actuellement, il faut savoir qu'avec mes études en parallèle, je ne peux pas prendre plus de 60 %, ce n'est pas possible. Je vais te présenter celui où je suis aujourd'hui, car c'est le plus intéressant. Donc je suis dans un EHPAD de 80 résidents, donc c'est un petit établissement. On n'a pas d'unité protégée : c'est-à-dire que peu importe les maladies neuro-évolutives, tout le monde est mélangé. Au niveau des professionnels de santé : il y a tout le pôle administratif. Au niveau des paramédicaux tu as ergothérapeute, kiné mais qui vient de l'extérieur. On n'a pas de médecin. Il y a une psychologue, une infirmière coordinatrice qui fait fonction de cadre. C'est vraiment un petit établissement, avec peu de budget et puis voilà il n'y a pas plus.

Enquêteur : D'accord. Et depuis ces six mois, est-ce que tu as eu une formation spécifique en lien avec ta pratique en EHPAD ? Et par rapport aux troubles dépressifs, est-ce qu'il y a eu de la prévention ou une formation spécifique ?

E2 : Non. Par contre, là où je suis, on a un PASA. Donc entre guillemets, grâce à mes expériences passées, je n'en ai pas eu besoin. Mais je sais que ce qui est mis en place fait fonction pour la prise en charge des résidents avec des troubles dépressifs.

Enquêteur : D'accord, c'est noté. On va maintenant passer à la deuxième partie, qui porte sur l'entrée du résident et la transition occupationnelle. Dans cet établissement, comment se déroule l'arrivée d'un résident ? Quel est le processus d'admission, la temporalité etc. ?

E2 : Ça dépend. Aujourd'hui, on a ce problème : on a de moins en moins de médecins, donc on va dire que c'est très compliqué aujourd'hui de faire entrer un résident en EHPAD. Mais ça passe par ViaTrajectoire en premier. C'est souvent la famille qui fait un premier état des lieux avec l'établissement pour le visiter. Généralement, le résident n'est même pas là. Ensuite, il y a une deuxième visite, où là le résident est présent pour voir si l'établissement lui convient ou non et pour remplir les papiers. Et la troisième phase, c'est l'installation.

Enquêteur : Et donc à quel moment tu intervies en tant qu'ergothérapeute dans cette phase d'admission ?

E2 : La phase d'admission, j'interviens souvent dans le deuxième entretien. Si les personnes viennent d'un centre de rééducation, potentiellement s'il y a des aides techniques à la marche, là on va être présents à ce moment-là pour prévoir. Ou alors on pose des questions : est-ce que par exemple il y a besoin d'un siège de douche ? Est-ce qu'il y a besoin d'une luminosité spécifique ? En fait, dans tout l'aménagement pour son arrivée, on essaie d'anticiper : est-ce que, pour le midi, il a besoin d'être avec tout le monde ? Est-ce qu'il a envie d'être tout seul ? Est-ce qu'il y a besoin de couverts adaptés ? Ça aussi, on le prévoit. Et ensuite, dès qu'il vient définitivement, on voit si tout fonctionne : tu fais ta première évaluation et ça s'arrête là.

Enquêteur : D'accord. Donc du coup, ça va être sous forme d'entretien avec le futur résident et sa famille, ou juste le futur résident tout seul ?

E2 : Moi, je fais avec le résident si c'est possible, mais généralement c'est la famille car le résident n'est même plus en capacité.

Enquêteur : Si je comprends bien tout ce qui va être bilans ou évaluations plus poussés c'est bien après, une fois qu'il est officiellement résident et installé dans la structure ?

E2 : C'est ça. Et puis, pour certains bilans, en fait, on est obligés d'attendre un temps d'adaptation. Par exemple, tu veux faire passer un NPES : c'est pour savoir, en fait, le comportement du résident. Tu fais passer ce bilan aux soignants et ils te disent comment est le résident : est-ce que, par exemple, il déambule beaucoup ? Est-ce qu'il a des TOC ? Est-ce qu'il a l'impression de voir des choses qui n'existent pas ? C'est pour justement nous aider à appréhender son environnement. Mais des fois, pendant ce temps d'adaptation, ils ont ces comportements et une fois que c'est passé, en fait, le test n'est plus viable. C'est pour ça qu'on a quand même un temps de latence.

Enquêteur : Et ce temps de latence, il est d'environ combien de temps, du coup ?

E2 : Ça dépend, généralement entre un mois et trois mois.

Enquêteur : Et donc, au niveau de la transition occupationnelle, est-ce que c'est un concept qui t'est familier ou que tu utilises dans ta pratique, ou pas du tout ?

E2 : Pas du tout, parce que je pense que la vie en collectivité fait que c'est très compliqué.

Enquêteur : Dans quel sens ?

E2 : Dans le sens où, je vais te le dire sans donner mon avis personnel, en institution on va te dire que la douche, c'est à telle heure, tu manges à telle heure, il y a telle activité à telle heure. Alors que le résident prend sa douche peut-être qu'une fois par semaine, peut-être qu'il a l'habitude de manger avec les mains. En fait, le résident s'adapte à la vie en collectivité et pas l'inverse.

Enquêteur : Et du coup, selon toi, qu'est-ce que l'EHPAD va changer dans la vie quotidienne d'une personne âgée ?

E2 : Tout. Il change sa routine, il change son quotidien, parce que il n'y a pas ... C'est pas qu'il n'y a pas le choix. Mais si c'est une personne très dépendante, les soignantes ne peuvent pas être tout le temps auprès de cette personne, donc c'est compliqué.

Enquêteur : Ça rejoint la définition sur laquelle je me base qui est la suivante : la transition occupationnelle c'est la discontinuité qui va altérer la routine, les habitudes de vie et du coup la configuration des occupations qui sont considérées comme acquises. Donc les transitions de vie peuvent perturber le sentiment d'identité, les relations, les rôles, les habitudes de vie, le bien-être d'une personne et y compris sa capacité à participer à des occupations du coup significantes et nécessaires. Est-ce que tu peux un peu plus me préciser ce que l'EHPAD va impacter dans les habitudes de vie, dans les rôles, dans l'identité ...

E2 : Après, je pense qu'il faut nuancer, dans le sens où chaque résident est différent. On a des résidents qui viennent juste parce qu'ils ont un risque de chute à domicile, donc ça devient compliqué, ils ont peur. Ils viennent dans l'établissement pour avoir plus de présence et la vie en collectivité. Et pour autant, eux, ça ne change pas leur équilibre occupationnel, parce qu'à l'extérieur ils ont l'habitude, par exemple, le jeudi, d'aller au club. En fait, ils prennent un taxi et ils y vont, parce qu'ils ont les moyens et qu'ils sont en pleine capacité. Donc il y a des personnes où, quand il n'y a pas vraiment de maladie neuro, ou de maladie psychique, ou même de maladie physique, je dirais que leur équilibre est maintenu, parce qu'ils arrivent à garder du lien avec l'extérieur. Le problème, pour les personnes comme dans ton sujet, c'est qu'elles vont se retrouver complètement isolées. Parce que c'est une vie en institution, le Covid n'a pas aidé, on s'est retrouvés avec des restrictions de visite. Donc la famille ne vient plus. Les personnes se retrouvent... si, comme je te disais, elles avaient l'habitude de faire leurs courses, là c'est l'institution qui fait à leur place. On ne leur propose pas s'ils veulent faire leurs courses. Il n'y a pas de cuisine, c'est un environnement qui n'est pas du tout comme chez eux, donc il y a une perte de repères totale. Et puis, les activités ne sont pas du tout faites comme celles qu'ils avaient l'habitude de faire. Par exemple, certains allaient faire de la balnéothérapie, eh bien nous, on n'en a pas. Donc ça coupe tout parce qu'ils n'ont pas cet accès vers l'extérieur.

Enquêteur : Et est-ce que tu as pu identifier, dans ta pratique, des changements chez des résidents à partir du moment où ils ont été admis ? Est-ce que tu as pu, peut-être

avec la famille ou l'équipe soignante, objectiver des changements au niveau de l'humeur ou au niveau de la pratique des occupations après l'entrée en EHPAD ?

E2 : Je dirais que c'est plutôt la rupture avec les familles. Beaucoup de résidents, en fait, se retrouvaient à vivre chez leurs enfants et les enfants n'en pouvaient plus, étaient des aidants, ou c'était beaucoup trop compliqué pour eux. Donc il y a ce retour en EHPAD où ils ont vraiment cette perte de repère familial. Par exemple, pour donner un exemple, on a une dame qui est arrivée, qui vivait chez sa fille. Sa fille, elle a sa vie à elle, elle disait : « Je peux plus m'occuper de maman, qui avec ses troubles elle se fait dessus, elle a des pertes temporo-spatiales, elle est tout le temps collée. ». Et du coup, quand elle est rentrée, elle a cherché un repère, mais elle n'a pas retrouvé sa fille finalement. Le matin pourtant elle venait au café avec nous etc. Et en fait, la perte de sa fille, ça fait qu'elle est devenue complètement apathique. Aujourd'hui elle déambule, mais sans but précis, alors qu'avant c'était pour faire une activité, trouver quelqu'un.

Aujourd'hui, plus rien. Elle n'a plus du tout de repère.

Enquêteur : D'accord.

E2 : C'est pour beaucoup : c'est en fait de plus voir leur famille. Ou alors, vu qu'ils sont... il y en a beaucoup qui ont des traumatismes qui reviennent. Donc la maladie, ils ont beaucoup ça, maladie d'Alzheimer, où en fait le cerveau est rongé, tu dois bien le savoir, mais voilà. Et en fait, il y en a, par exemple, il y a une dame : elle retrouvée chez nous et au fur et à mesure elle arrivait à une table de sa vie où elle avait eu des attouchements sexuels. Et en fait, de plus avoir les repères de sa famille pour l'accompagner dans cette épreuve, elle est devenue complètement apathique et est devenue complètement en pleine décompensation, en pleine désinhibition. Je dirais que la famille, c'est la plus grosse perte qu'ils ont.

Enquêteur : Ces troubles que tu mentionnes vont impacter la pratique des activités proposées par l'EHPAD, ou peut-être les soins personnels ?

E2 : Ouais. Et puis comme je te disais, on n'est pas sur des activités... je dénigre pas, mais on n'est pas sur des activités qui peuvent faire sens. Nous, en tant

qu'ergothérapeutes, on va faire des activités comme faire de la cuisine, on va pouvoir plier du linge etc. Mais quand t'as une animation où c'est coupage-découpage, ça fait pas sens pour eux. Donc même ça, je te dirais que certes il y a un impact, mais c'est même que les activités ne sont pas adaptées.

Enquêteur : Donc du coup, est-ce que c'est une limite, du coup, potentiellement, à l'accompagnement des personnes âgées dans la prévention du risque dépressif ?

E2 : Je pense après pas tout...Y'en a où ça fait sens dans le sens où il y a beaucoup de partenariats qui se font avec des crèches. Là, c'est comme si c'était leurs arrière-petits-enfants et là ça fait du sens. Et on voit, au niveau des émotions, que c'est complètement différent. Donc je dirais que dans certaines activités ouais c'est une limite, mais aussi que l'institution crée, parce qu'on a un manque de moyens, parce que... parce qu'il y a plein d'autres choses.

Enquêteur : Et du coup, quels sont tes objectifs concrètement quand un résident est admis ? Donc je suppose que tu fais toute la phase de bilan, d'évaluation. Déjà, quels sont ces bilans et ensuite quels sont les premiers objectifs que tu vas mettre en place à la suite de l'admission d'un résident ?

E2 : Alors, je disais : le fait que moi je ne sois pas à 100 %, ça joue. Faut savoir que je suis la référente du PASA, c'est-à-dire que c'est moi qui le gère. Je gère tout le côté budget, je gère... avec la psychologue, on gère les bilans, mais pour l'entrée, la sortie, c'est moi. Toutes les activités, j'ai tout ça. Donc si tu veux, ma mission, ça va être : OK, savoir si, au niveau des aides techniques, il est bon, dans le sens qu'il puisse les réaliser le plus possible seul, ou du moins... ou alors, pour les équipes, s'il y a besoin d'un verticalisateur, s'il y a besoin d'un lève-personne, de faire le plus adapté à elle, pour aussi accompagner les équipes. Une fois que la personne est bien ancrée dedans, mon but, ça va être, comme tu disais, de faire les passations de bilans, de savoir si potentiellement il y a des risques et s'il y a un besoin de PASA. Nous, c'est vraiment ça : se dire OK, la personne, elle ne peut pas déambuler toute la journée, la personne, elle ne peut pas pleurer toute la journée, la personne, elle ne peut pas rester enfermée toute la journée, parce qu'on a un risque de dépression, on a un risque même des fois suicidaires, on a des risques où la personne se met en danger, met en

danger les autres, avec la déambulation, les troubles urinaires etc. Donc notre but, c'est vraiment de les transférer dans une routine du PASA pour combler ça.

Enquêteur : Et donc, quand tu parles de bilans, est-ce que c'est des bilans standardisés, ou c'est plus des bilans type entretien, observation, mises en situation ?

E2 : Cela : les mises en situation, observation, ça va être pour les soins personnels, ou alors le repas. Encore une fois, on reste sur les activités très EHPAD. Voilà, ou la marche, parce qu'on n'a pas de kiné, donc il faut combler. Donc là, c'est plus observation. Après, au niveau des bilans normés, pour rentrer au PASA, t'es obligée d'avoir un certain score. On fait passer le MMS et le NPIES et tu peux même faire passer une échelle — j'ai plus le nom — une échelle pour avoir les troubles et les agitations d'une personne âgée. Mais je dirais qu'essentiellement, c'est ça. Bon, après, au niveau des chutes, il faut aussi passer des bilans chutes.

Enquêteur : D'accord. Du coup, les premières actions, c'est vraiment de bilancer et de voir si la personne peut intégrer le PASA ou non. Mais dans le cas où une personne n'intègre pas le PASA, est-ce qu'elle est quand même accompagnée ? Comment ça se passe pour elle dans la vie quotidienne si elle n'est pas intégrée dans cette structure ?

E2 : Je t'avoue que déjà, en premier, c'est vraiment la relation qui est importante, avant même autre chose. Dans le sens où, quand tu rencontres la famille ou le résident, t'essaies vraiment de créer une relation, parce que si n'en a pas ça ne marche pas. Donc ensuite, tu mets les bilans... Et je veux bien que tu me poses ta question, parce que du coup j'étais fixée sur ça.

Enquêteur : Donc là, la relation est créée. Mais ensuite, soit la personne a le score suffisant pour aller en PASA, mais celles où, du coup, elles ne vont pas en PASA... Comment ça se passe pour elles ? Elles sont quand même accompagnées en ergo ou pas ?

E2 : Bah c'est ça : c'est si les soignantes font un repérage de... il y a une difficulté, ou elle déambule la nuit, ou alors la toilette devient compliquée, ou le transfert est

compliqué, ou il y a un risque de chute, je suis appelée. Mais sinon, de mon côté, il n'y a pas... et c'est plutôt l'animatrice, ça va être après la psychologue qui va prendre le relais, ou alors ça va être la thérapie canine. Mais moi, de mon côté, je peux pas faire... en tout cas, par exemple, je pourrais faire des ateliers chutes, je pourrais faire des ateliers sur tout ce qui va être les repères temporo-spatiaux etc., mais j'ai pas le temps, je peux pas et on me demande pas de faire ça.

Enquêteur : Parce que t'es la seule ergothérapeute, du coup ?

E2 : Oui.

Enquêteur : Ok, d'accord, je comprends. Mais donc là, je me questionne : imaginons une personne qui... je sais pas... qui a des difficultés au niveau de l'habillage, qui pourrait... je sais pas... avoir des choses mises en place. Du coup, toi, tu vas mettre des aides techniques en place, mais ça s'arrête là ? Il n'y a pas plus de suivi que ça, c'est ça ?

E2 : Ce qu'on fait aussi, c'est qu'on a une soignante, en fait, le matin, qui fait des toilettes un peu spécifiques, dans le sens où il y a des personnes où c'est pas le côté physique : des fois, c'est juste un besoin de stimulation, c'est un peu de faire de la méthode COOP. Et nous, le matin, ça arrive que... quand on me demande... donc c'est pas que de la technique : ça va être aussi de faire des affiches, de faire de la méthode COOP avec eux et de faire le relais pour qu'ensuite les soignants fassent.

Enquêteur : Je comprends mieux. Et donc là, c'est un peu la question que je me pose : tu es en face d'une personne âgée qui est désinscrite dans ses occupations, donc de la vie quotidienne — ses loisirs qu'elle pouvait pratiquer à l'extérieur, ses soins personnels etc. Quels moyens, concrètement, vont être mis en place pour favoriser une réinscription, pour qu'elle puisse se réengager dans ses occupations qui ont été abandonnées à cause d'une déficience, d'une maladie, ou du passage en EHPAD ? Qu'est-ce qui est mis en pratique ?

E2 : Bah, tout dépend quelle est leur demande. Un exemple très concret : il y en a beaucoup qui sont en manque de relations affectives, même de relations charnelles.

Et ça, le problème, c'est qu'aujourd'hui, c'est encore très tabou. Et là, par exemple, on n'a aucun moyen et malheureusement ça crée des troubles chez ces personnes : la désinhibition, même des attouchements sur les autres résidents. Malheureusement, là, le moyen, c'est les médocs. Ouais... éthiquement, ça pose question. Mais en tout cas, pour ce genre de situation, pourtant c'est les plus courantes. Ou si ça va être de reprendre une activité, on va beaucoup se rapprocher de la famille et de faire en sorte que la famille rapporte ses activités et qu'ensuite les équipes, lors des temps d'après-midi, prennent ce relais pour les réintégrer. Je m'explique : par exemple, il y a une dame qui adorait faire de la peinture, mais c'était pas de la peinture d'animation : c'était vraiment avoir un chevalet, avoir de la peinture. Et en fait, quand elle s'est bien réinscrite, du coup la famille... on leur a dit : « Est-ce que vous pouvez apporter le matériel ? Parce que nous, on peut pas le fournir. ». Et l'après-midi, avec une soignante, eh bah justement, elles font ça. Donc on se rapproche beaucoup de la famille. Ou alors, même quand il y a des personnes qui sont pas communicantes, on essaye de savoir quelles étaient leurs occupations, quels étaient leurs intérêts, qu'est-ce qui était très signifiant pour eux et justement de le réintégrer lors des temps de l'après-midi que les équipes ont. Ou sinon, ce qui a été fait depuis peu, c'est quand c'est quand c'est des enjeux un peu collectifs. Donc là, on avait beaucoup de résidents qui avaient envie de prendre des bains. Du coup, l'institution — c'est bête — mais justement, l'institution a pris depuis peu une balnéothérapie. Donc on a une grande baignoire qui a été mise à disposition. Donc en fait, on essaye de faire aussi des réunions collectives pour essayer de voir quelles sont les problématiques qu'on rencontre, quelles sont les demandes des résidents. On fait des réunions avec les résidents pour savoir de quoi ils ont besoin, ou sinon on se rapproche des familles.

Enquêteur : Donc finalement, l'un des moyens les plus utilisés, c'est la collaboration avec la famille, le résident, l'équipe et l'institution ?

E2 : Ouais.

Enquêteur : Du coup, je me demandais... Est-ce que tu as un moyen, ou l'équipe a un moyen, de modifier les limites ou plutôt lutter contre ?

E2 : Non, ça, ça va, parce que tu ne mets pas de moyens financiers. Dans le sens où, si c'est la personne, elle veut pas, bah c'est pas grave. Et puis il y a ce que j'appelle les électrons libres : tu vas avoir potentiellement l'ergothérapeute qui est dans le coin, tu vas avoir la psychologue qui est dans le coin, même la cadre, l'infirmière coordinatrice, ou une infirmière qui va se lâcher pour faire ça. Ça, c'est pas... entre guillemets, on est sûr du besoin nécessaire, donc c'est plus quand il va y avoir un coût financier qui va rentrer. Par exemple, je te dis n'importe quoi : aller au cinéma. Certes, c'est pas un besoin nécessaire, mais les besoins nécessaires, généralement, on s'en sort. On arrive à répondre. Mais lorsque ça sort et que ça met du budget en jeu, là on n'y arrive pas.

Enquêteur : Pourquoi ? Enfin, qu'est-ce qui bloque à ce niveau-là ? Parce qu'il n'y a pas assez de budget, c'est ça ?

E2 : [Hochement de tête confirmant le budget restreint]

Enquêteur : OK. Mais est-ce que la personne âgée, par exemple, si avant elle avait l'habitude d'aller tout le temps à un cinéma particulier, à telle heure — est-ce qu'on peut lui permettre de le faire en l'accompagnant ? Ou est-ce qu'on donne cette mission à la famille ?

E2 : Ça va être la famille. Par exemple, là, on a un monsieur : c'est un ancien grand pompier et il y a sa caserne où il était qui a été détruite et il y en a une nouvelle et il rêve de la visiter.

Sauf que bah nous, on peut pas l'emmener, parce qu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui se dédouane de ça, qu'il y ait un coût financier d'essence, parce que c'est que pour une personne. Du coup, là, on n'y arrive pas et là, on est obligés de demander à la famille.

Enquêteur : Et dans les cas où il n'y a pas de famille disponible, du coup, comment... ?

E2 : On voit avec la tutelle et s'il va voir tutelle curatelle là ça va être encore plus long. En fait, on abandonne pas la personne : « Vous êtes ici, vous êtes bloqués », non,

c'est pas le but. On essaie toujours de faire le lien, mais on sait que nous, avec toutes les limites qu'on rencontre, on peut pas.

Enquêteur : C'est sûr, je comprends.

E2 : Et surtout que c'est qu'une personne et ça, pour la direction, ça pose problème. La singularité de la personne est généralement un peu perdue. Est-ce que du coup il faut aussi se plier à la collectivité ?

Enquêteur : La vous essayez de tout coordonner entre la famille, le résident, l'institution... mais est-ce que vous évaluez du coup cet accompagnement sur l'état psychique, ou pas ?

E2 : Non. On a une psychologue qui fait justement sur le côté psychique. Au contraire, heureusement qu'elle est là, parce qu'elle nous met tous les points de vigilance. Parce que, faut pas se mentir, on a quand même beaucoup de résidents qui font des tentatives de suicide.

Donc heureusement qu'on a ces points de vigilance à elle, qu'elle fait des entretiens, elle fait bilan et entretien avec les résidents et elle fait les créations des PAP — Projet d'Accompagnement Personnalisé. Ce qui nous permet de savoir un peu plus sur la personne, de comment l'aborder et quand elle est en période où ça va pas, de comment réagir face à elle, quand il y a débordement.

Enquêteur : Et est-ce que du coup ça, vous en parlez, je suppose, en réunion ? Il y a des temps dédiés à ça ?

E2 : Ouais là, on a des transmissions tous les jours. Donc en plus, elles sont écrites dans nos dossiers, ou même... elles nous appellent, elles informent vraiment le plus rapidement possible. Tous les jours, à 13 h, on a toujours une heure de transmission, où justement on évoque point par point tout ce qui s'est passé et tous les points qu'on a à voir.

Enquêteur : Et justement c'est quoi les points de vigilance qu'elle vous conseille d'avoir ?

E2 : Bah, dans le sens que si elle a besoin d'un temps de parole, si elle a besoin d'un temps d'écoute, de vraiment perdre du temps pour ça... On ne t'en voudra pas si on est dans le rush, on est dans le rush, mais de justement ne pas passer à côté de ce temps d'écoute, ce temps de parole. Et de peut-être faire attention à bien lui proposer des choses, de la prendre en considération et il faut montrer qu'elle a une vraie place au sein de l'établissement justement pour leur montrer leur singularité. Parce que des fois, en fait, t'as l'impression que c'est juste un nom sur une porte, mais c'est des vraies personnes.

Enquêteur : Et finalement, comment...comment on fait pour justement la prendre en considération ? Comment faire pour que la personne se sente considérée dans un espace où finalement y'a pas forcément de limite claire entre la vie professionnelle et personnelle se mêle, avec les soignants, avec d'autres résidents ?

E2 : Dans le sens où déjà, les animations, ça rapproche. Le temps à table, c'est bête, mais chacun se met comme il veut, avec qui il veut. On n'impose jamais, malgré qu'on aurait besoin de savoir qui prend l'eau gélifiée, qui prend tout ça... Non, en fait, on essaie vraiment que chaque personne se mette où elle veut. Ils se connaissent entre eux. S'ils veulent rentrer dans notre bureau, notre bureau est ouvert. On essaie de décorer un maximum pour que ça fasse pas hôpital, pour que chacun puisse y mettre sa patte. Si quelqu'un a envie de décorer sa chambre, il décore sa chambre. Il a envie de mettre quelque chose sur un mur, on essaie de voir avec la direction, même si c'est inflammable... Bah c'est un lieu de vie, il faut qu'on respecte ce qu'a fait la personne. S'il a été voir sa famille faire une expo ou je sais pas quoi et qu'il veut mettre des photos, on les affiche en bas. En fait c'est chacun, c'est chez vous, faites ce que vous voulez. Ou même quand on fait une activité, on leur dit toujours que s'ils veulent ramener, par exemple l'autre fois on a fait un atelier pâtisserie et c'était une dame qui disait : « Moi je pâtisasse souvent, je vais ramener un moule à gâteau. ». Et c'est quelque chose qui est à eux, de chez eux, qui permet justement d'avoir... presque la dame qui fait des gâteaux. En fait, c'est vraiment d'apporter des objets qui sont importants pour eux. Ou des... je sais pas... le matin, il y a souvent de la radio qui passe : « *Est-ce que je peux mettre une chanson ?* ». Bah oui, mais quelle chanson ? Qu'est-ce que

vous aimez ?". Et c'est comme ça qu'on arrive à créer du lien entre eux, ou à exposer les choses qu'ils aiment, pour justement leur montrer leur singularité.

Enquêteur : Et au niveau de... là je pense à l'aménagement : est-ce qu'ils ont le droit de ramener des meubles de leur appartement ou maison ? C'est possible ?

E2 : Dans la mesure du possible. Il faut savoir que du coup, on a le rez-de-chaussée, le premier et le deuxième. Et le rez-de-chaussée, ils ont des jardins. En fait, ils ont des grandes fenêtres où ça s'ouvre et du coup ils ont un petit jardin. Même s'ils veulent l'aménager, ils peuvent : c'est vraiment chez eux. Donc on essaye le moins possible de limiter.

Enquêteur : Et je suppose que justement, adapter cet environnement pour qu'il soit chaleureux, familial, ça va aussi peut-être les encourager à s'inscrire dans les occupations ?

E2 : Je n'irais pas dans ce sens-là. Je dirais que c'est pour créer un cadre le plus sécurisant possible, afin qu'il ait le moins de rupture flagrante possible.

Enquêteur : Dans quel sens sécurisant ?

E2 : Par exemple, à domicile, c'est bête, mais retirer un tapis parce que ça peut être un risque de chute... Bah non : le tapis, il a peut-être une histoire pour la personne. Donc chaque objet représente quelque chose de très sécurisant. Nous, les premiers : moi, je sais que... je sais pas... je te dis n'importe quoi, de savoir que sur ma porte il y aurait telle chose, bah ça m'est sécurisant. Je sais que c'est à moi, que c'est chez moi. Je dirais que c'est plutôt qu'ils sachent qu'ils ont leur lieu de repère, avec leurs éléments à eux. C'est le principal. C'est pas forcément pour s'intégrer : c'est vraiment pour leur dire qu'ils sont chez eux, que c'est à eux et qu'on n'a pas à être intrusifs. Essayer qu'il y ait le moins de rupture flagrante possible. C'est le but : qu'il y ait plus de repères.

Enquêteur : Est-ce qu'il y a d'autres axes d'intervention qui peuvent être en lien avec la réinscription dans les occupations, que tu pourrais mettre en place en tant qu'ergothérapeute ?

E2 : Bah je dirais justement de proposer des temps ou des activités en lien avec les familles. Parce que, c'est nous qui faisons le lien avec la famille, mais sans forcément des fois prendre le consentement du résident, sans qu'il soit vraiment impliqué. Tu vois, quand je te disais : on a besoin de quelque chose, on demande à la famille, alors qu'on pourrait demander au résident, qu'il soit dément ou pas. Je trouve que la notion de consentement, là, elle est aussi un peu oubliée dans l'EHPAD. Mais je dirais : c'est voilà... de proposer des activités pour les réancrer avec les familles ou leurs proches, tout simplement.

Enquêteur : Et concrètement, qu'est-ce qui pourrait être fait dans ces cas-là ?

E2 : En tout cas, nous, on a réussi à l'inscrire au PASA, mais ça pourrait être intéressant, en tout cas en établissement, que quand il y a un atelier cuisine, d'inviter les familles à manger. De vraiment créer un lieu chaleureux : ils sont chez eux, ils invitent qui ils veulent, quand ils veulent, comme à l'époque.

Enquêteur : Il y a d'autres choses qui pourraient être faites aussi, plutôt au niveau de la vie quotidienne, peut-être ?

E2 : Mais tout, ça serait plutôt qu'on retire ce côté "le résident s'adapte au collectif". Ce serait que nous, on s'adapte. Mais ça, on commence de plus en plus avec les PAP. Mais voilà : combien de personnes ne prenaient pas de douche, faisaient une toilette de chat et c'était une douche tous les mois ? Quelle est la problématique ? Certes, on est dans un lieu collectif où l'hygiène doit quand même rester convenable... Mais est-ce qu'il y a un réel impact ? Et d'imposer, on va avoir un refus de soins, ou alors on va passer contre le consentement parce qu'il y a nécessité et on va créer des troubles majorés. Je pense que déjà, si on se réorganise autour du résident, on serait un peu mieux.

Enquêteur : Mais est-ce que ça, c'est une philosophie qui est partagée par toute l'équipe et aussi l'institution, ou pas du tout ? Parce que ça implique aussi de faire un suivi assez personnalisé dans un lieu où il y a beaucoup de monde.

E2 : Tout le monde, sauf l'administration. Parce qu'il y aurait un coût budgétaire, parce qu'il faudrait augmenter l'équipe, parce qu'il faudrait adapter un peu plus l'équipement qu'on a actuellement. Donc non, pas tout le monde.

Enquêteur : Donc ce n'est pas des projets qu'ils ont en tête, quoi. C'est... c'est plus suivi par l'équipe soignante ?

E2 : Je dirais qu'on y arrive de plus en plus, mais oui, c'est plus l'équipe soignante. En fait, face à la détresse des résidents — car même eux, travailler quand le résident est en pleurs parce qu'il veut pas sa toilette, c'est pas agréable pour le soignant — donc certes, on trouve des alternatives, on essaye de mettre de la musique, de passer par des choses qu'ils aiment, des odeurs qu'ils aiment...Mais si c'est pas son choix...Et l'institution nous dira : « *C'est comme ci, c'est comme ça.* ».

Enquêteur : Finalement, vous dépendez énormément de l'administration et la pratique, malgré tout ce qu'on nous enseigne sur le choix de la personne, le consentement etc., c'est l'une des plus grosses limites dans la pratique, je suppose, de l'ergothérapie et même des autres professions en EHPAD.

E2 : Ouais, mais complètement. On a vraiment un côté très éthique individuel, où nous, en tant que professionnels, on va tout faire pour le résident. Sauf que l'institution, qui va faire pour le collectif, on rentre dans l'utilitarisme et c'est là : c'est le plus grand bonheur pour tous, mais on en oublie certains. Et c'est un petit bonheur, alors qu'on pourrait avoir des grands individuels et malheureusement c'est pas... c'est pas la philosophie des institutions. Mais en même temps, parce qu'il faut faire rentrer de l'argent, parce qu'il faut tout ça.

Enquêteur : Du coup, dans ce contexte un peu particulier, comment vous faites quand même pour vous organiser entre vous, en équipe soignante ? Comment vous collaborez pour vraiment accompagner au mieux, malgré les limites, le résident ?

E2 : Bah malheureusement, par manque de temps, on n'a pas ce qu'on pourrait appeler un staff résident, à vraiment parler du résident lui-même, avec le résident, qui nous dise en fait ce qu'il aimerait dans son quotidien. Donc c'est plutôt fait de manière informelle, quand on rencontre une difficulté. Où bah là, c'est en pluripro : là, on intervient, on se donne rendez-vous à neuf heures pour la toilette de monsieur intel, monsieur est d'accord, on parle au résident et on voit ensemble ce qu'on peut mettre en place avec les moyens qu'on a. Mais c'est un peu informel.

Enquêteur : Et est-ce que du coup ce serait un axe d'intervention qui pourrait être implanté ?

E2 : Ouais bah complètement.

Enquêteur : Et tu l'as déjà vu dans d'autres structures ?

E2 : Bah la personnalisation, ouais, elle était un peu plus complète et elle était plutôt harmonieuse, parce que chaque professionnel savait. Comme je disais, là, c'est très informel, dans le sens où c'est un professionnel qui voit telle chose, qui vient te le dire entre deux portes et qui dit : « On se donne rendez-vous, tu vas voir le résident. ». OK, c'est bien, mais ça se trouve, c'est pas le seul qui en aurait besoin. La soignante qui va passer après, si elle était pas là en transmission, elle va pas avoir l'info, elle va pas avoir lu parce qu'elle était en vacances, parce que machin... Le résident, il va pas avoir l'instinct de lui dire. Bah là le suivi du résident, bah on n'est pas bons.

Enquêteur : Ouais, c'est pas dans une démarche continue, quoi.

E2 : C'est ça, complètement, complètement. Ou alors il y en a où on abandonne. C'est comme je te disais sur les relations affectives ou autres : c'est bien, on a mis sous médicament, mais il n'y a pas de suite. Alors que je pense que si on avait des rendez-vous un peu plus formels, en disant : « Tel résident, on en reparle dans une

semaine, comment c'est ? Qu'est-ce qu'on peut aussi mettre en place ? ». Et là, on n'a rien. On abandonne

Enquêteur : Et dans le cas où vraiment la dépression est diagnostiquée, est-ce qu'il y a des choses qui sont mises en place aussi au niveau de l'équipe, ou c'est juste une intervention médicamenteuse classique ?

E2 : Généralement, c'est médicamenteux.

Enquêteur : D'accord.

E2 : Ou alors, c'est bête, mais on avait un monsieur qui a un trouble psy et qui se sent persécuté et qui est accompagné de dépression justement. Et en fait, il pensait qu'on volait ses chaussures et que quelqu'un avait fait des trous dedans, alors que c'était l'usure. Et ben du coup, on en a discuté en équipe et avec l'institution, on lui a racheté des chaussures, en faisant passer en tant que dispositif médical, pour justement dire : « Vous en avez d'autres, elles sont à vous, on vous les volera pas », pour justement essayer d'atténuer la dépression. En fait, tout ce sur quoi on peut jouer, on essaye. Il faut savoir qu'on a la chance d'avoir des médecins en visioconférence, des psychiatres qu'on peut appeler à n'importe quel moment en prenant nos rendez-vous, en fait. On n'a pas de médecin, on a pu mettre ça en place et ils voient les résidents où c'est compliqué, justement pour essayer de trouver des pistes au lieu des médicaments. Ça vient tout juste de commencer, je sais pas trop ce que ça va donner.

Enquêteur : Bah c'est déjà une avancée.

E2 : Ouais, ouais, ouais. Après, il y a des équipes, ça, je pense aussi que tu dois le savoir, qu'il y a des équipes gérontopsy qui peuvent venir dans les établissements.

Enquêteur : Des équipes mobiles, un peu dans ce sens-là ?

E2 : Ouais, justement spécifiques à la gériatrie. Mais sincèrement, à part faire des entretiens comme la psychologue le fait, on n'a pas trop vu de changement. Donc c'est pour ça que là, on a dit : autant passer par un psychiatre et voir si, au lieu des

médicaments, on peut pas trouver d'autres choses. Parce que finalement, toutes les choses qui sont pas matérielles, ou qui jouent sur l'environnement, on n'a pas de solution. Mais pour te dire, je dirais que notre plus grande problématique, c'est vraiment les relations affectives.

Enquêteur : Et...est-ce que du coup c'est des questionnements que vous avez en équipe, ou pas du tout ?

E2 : Si, alors oui et non, dans le sens où c'est encore trop tabou, les équipes sont pas prêtes. Donc avec la psychologue, ça va. Ou alors je sais que, par exemple, j'ai eu ce questionnaire auprès d'une dame qui avait besoin, en fait, même d'un plaisir seule. Mais justement, au vu de cette perte physique, elle n'y arrivait plus. Et en fait, je me suis dit : « Mais la pauvre, on peut pas la laisser comme ça » et ça l'avait vraiment impactée, parce qu'elle disait : « J'ai plus de raison de vivre, j'ai plus rien », vraiment tombée en dépression. Et c'est vraiment quelque chose qu'elle voulait retrouver. Et j'en ai parlé, en fait, autour de moi, autour... et ben il y a un psychologue qui me disait : « Mais en fait, les jouets, pour que des gens utilisent... pourquoi pas les mettre en institution ? ». Mais l'institution n'est pas encore prête à pouvoir parler de ces choses-là. Donc malheureusement, je dirais que l'équipe n'est pas encore prête. C'est pour ça que les médicaments, c'est la facilité, parce que c'est trop... c'est pas possible d'imaginer des personnes âgées là-dedans.

Enquêteur : Donc pour cette dame, rien n'a pu être fait, enfin ?

E2 : Non. J'ai pas été suivie dans mes pensées, dans ce que je voulais essayer qu'on essaye pour elle. Pourtant, la dame, je pense qu'elle aurait pas refusé. Mais mes pensées n'ont pas été suivies, parce que c'est trop tôt.

Enquêteur : Et pour ceux qui sont... je suppose qu'il y a des couples aussi de résidents ? Même à ce niveau-là, ça...

E2 : Nan, après on rentre dans des dynamiques où deux résidents atteints de démence, qui ont leur conjoint à l'extérieur et qui se trouvent, qui s'apprécient plus-plus... donc voilà. Et qu'ils ont même des relations charnelles etc. Et là, c'était

plutôt les équipes qui refusaient qu'ils se voient, parce qu'ils ont leur conjoint à l'extérieur. Alors que bah là, ça a été de grandes discussions, en disant : « Bah c'est une période de leur vie, c'est ce qui les rend heureux ». Ça avait vraiment un impact : de les séparer, c'était réellement triste, ils avaient vraiment une attache. Mais les soignantes n'étaient pas prêtes non plus à ça, donc ils les ont séparés. Donc ça aussi, c'est encore un grand débat où on n'a pas grand... on n'a pas d'action. Et quand même, quand tu regardes dans les MCRO, c'est la seule partie qui est pas obligatoire. Dans la NPSI en psychiatrie, c'est la seule partie qui est pas obligatoire... Alors qu'il y a pourtant des troubles psy : la dépression, elle est dedans et il y a les relations affectives. Et je trouve que c'est là où c'est encore compliqué. Et en tant qu'ergothérapeute et jeune ergo, je ne suis pas entendu là-dessus.

Enquêteur : D'accord. Bah espérons que ça évolue, du coup... enfin, avec le temps, si ça peut évoluer, ce serait mieux, parce que ça peut aussi éviter les risques de dépression.

E2 : Mais complètement. Je pense qu'on arriverait dans un état de bien-être qui serait important. Je trouve que c'est une activité comme les autres, que tout le monde a besoin, ou même juste d'une présence et qu'aujourd'hui on n'offre pas. Et il y a différentes manières, ne serait-ce que par une présence. Même en fin de vie, ça s'est vu et je trouve que là, il y a vraiment un besoin. Ouais, moi je pense qu'au niveau de la dépression, il y aurait quelque chose à faire sur cette dimension-là.

Enquêteur : Et donc du coup, on a beaucoup parlé des limites, mais est-ce qu'il y a finalement quand même des leviers qui peuvent justement faciliter la prise en charge des résidents ?

E2 : Bah je dirais que ce qui facilite, c'est qu'aujourd'hui les résidents viennent en établissement en étant beaucoup plus dégradés, parce qu'à domicile c'est possible de pouvoir rester le plus longtemps et tous les aménagements possibles. Donc on les connaît bien. On connaît bien aujourd'hui les pathologies, on connaît bien les personnes, on connaît même les risques de dépression possibles à l'entrée en établissement. Donc on sait vraiment aborder et mettre en place, comme je te disais : le fait que... il y a des établissements qui refusent qu'ils aient leurs meubles parce que

c'est inflammable, parce que tout ça. Bah, nous on autorise. Donc vraiment, on essaie de jouer là-dessus et ça, ça va : qu'ils rapportent de chez eux leurs repères, on essaie de faire en sorte qu'ils puissent. Et puis même en équipe, je dirais que malgré tout, on arrive à bien communiquer. On a quand même des temps d'échange, même si je te disais qu'ils étaient fermés sur certains points, il y a d'autres choses ou non, ils sont ouverts. Et aujourd'hui, je dirais que les équipes cherchent aussi à moins se faire mal au dos, à entendre plus les conseils. Donc je dirais qu'aussi là-dessus, il y a un travail pluripro qui est plutôt intéressant.

Enquêteur : Du coup, au niveau du bien-être de l'équipe, qui va aussi peut-être se faire ressentir dans l'accompagnement des personnes âgées... si on est bien au travail, je suppose, avec notre équipe, ça peut forcément que... bah que bien aller avec les résidents.

E2 : Ah bah oui.

Enquêteur : Alors moi, j'en ai fini avec mes questions, mais je voulais savoir s'il y a peut-être des sujets que j'ai pas abordés, qui te semblent pertinents à discuter ou éclairer pour la suite de mon mémoire ?

E2 : Non mais après c'est intéressant, parce que la l'EHPAD chamboule vraiment tout quoi. Il y a des personnes qui viennent vraiment du domicile, mais parce qu'il y a un risque de chute, machin... mais qui arrivent à garder leurs occupations. Donc je trouve que ton sujet, il fait sens dans le sens où, quand ils arrivent à retourner à l'extérieur, finalement ça va : ils ont tous leurs repères, ils ont tout ce qui est signifiant pour eux. Mais pour ces mêmes personnes où on les catégorise par une maladie, où on les prend comme des enfants, à faire des activités, à faire du découpage... Quelle est leur singularité ? Donc ton sujet, je le trouve très pertinent. Je dirais même qu'il y a peut-être aussi un manque d'accompagnement vers la fin de vie, dans le sens où la dépression, elle vient parce que... l'EHPAD c'est un mouvoir... de toute façon, ils vont mourir là-bas. Comme ils disent : « *Ils sont rentrés la tête la première, ils repartiront les deux pieds vers l'avant* » et je trouve ça horrible. Mais ouais, ils disent ça parce que l'EHPAD est catégorisé comme un lieu où tu vas mourir. Et je trouve qu'au niveau de l'accompagnement vers la fin de vie, on n'est peut-être pas très bons. De savoir... pas

forcément : « *Comment vous voulez envisager votre fin ?* ». Je trouve que ça aussi, c'est un sujet qui est très tabou. On n'en parle pas assez, on ne leur demande pas ce qu'ils veulent. Et le soin palliatif en EHPAD est compliqué à mettre en place. Et justement, en fait, on se retrouve avec de la souffrance, dont la dépression et ça fait que notre accompagnement en fin de vie, pour ces personnes, est aussi compliqué et qu'on n'est pas très très bons.

Enquêteur : Et en tant qu'ergothérapeute, en ce moment, tu essaies d'en parler dans l'équipe, ou tu essaies de faire des choses en lien, ou pas du tout ?

E2 : Si, complètement, si. Et on va dire... en fait, pour te dire, moi j'ai fait mon sujet de mémoire sur l'accompagnement en soins palliatifs des personnes en EHPAD. Et justement, de les accompagner vers les activités significatives. Et ça fait que j'avoue que j'essaye toujours de réaliser ce que j'appelle leurs derniers rêves, quand ils sont en fin de vie. De tout mettre en place. Comme je te disais, par exemple, de faire en sorte que la famille amène les choses. Si la personne, elle peut pas y aller, je ferai toujours en sorte pour qu'elle puisse réaliser quelque chose qui va être important. Par exemple, c'est bête, mais il y avait une dame... un monsieur qui rêvait de manger pour la dernière fois la compote de sa femme. Sauf qu'au niveau médical : fausse route, le monsieur plus de communication, plus rien. On s'est battus en disant : « Mais c'est pas possible... ». Donc on avait tout mis en place : un bon positionnement, on avait fait en sorte d'appeler sa femme, qu'elle fasse la compote chez nous pour qu'elle puisse lui donner. Et le monsieur est parti deux jours après. Et je pense qu'au niveau de la qualité de vie, en fait, on avait réussi quelque chose. Et justement, on avait réussi à apaiser des souffrances et notamment des souffrances psychiques. Donc je dirais que là-dessus, en tant qu'ergo, on a aussi un grand rôle.

Enquêteur : Ouais, ça c'est sûr. Et du coup, au moins il a pu avoir quelque chose qui fait sens pour lui.

E2 : Il y avait aussi une dame, voilà, qui avait un chien et c'est sa fille qui l'a récupéré. Et elle disait : « Moi je veux promener mon chien dehors » et autres. Mais la dame, alitée etc. Bah le lit on l'a fait sortir dehors. Elle était avec son chien dehors. Elle est partie un mois après et on avait pu refaire ça plusieurs fois. Et psychologiquement, on avait réussi quelque chose. Bah c'est pour ça, en fait. C'est bien... je vais pas dire que

c'est bon : ils ont la toilette, ils ont le repas, c'est bien. Donc en tant qu'ergo, certes, on devrait vraiment peut-être s'axer dessus, en disant qu'ils retrouvent leur routine... c'est pas possible. Donc je trouve que là où on a notre plus-value, c'est : qu'est-ce qui a vraiment un sens pour eux ? C'est peut-être pas une activité de vie quotidienne, une habitude de vie, mais qu'est-ce qui fait sens ? Et rien que d'intégrer ce sens et de leur montrer qu'on prend en considération leur singularité et ce qui est important pour eux, bah là, on a un impact. Et parce que le matériel on sait comment les adapter, parce qu'on connaît leurs habitudes de vie, parce qu'on a un relationnel avec la famille qu'on a réussi à créer... Si on arrive à apporter ça, déjà, c'est un plus. Et certes, c'est pas une activité de vie quotidienne, mais rien que par le fait que ça fasse sens, c'est notre métier.

Enquêteur : Ouais, je comprends. Il faut que tout le monde puisse t'accompagner comme il le souhaite, comme être humain quoi. Finalement, c'est des êtres humains comme les autres et qui ont des besoins, des envies différentes et qui méritent...

E2 : Et qui sont chez eux. Et c'est là aussi où il y a la complexité des choses : où les soignantes, elles, font leur travail. Et là aussi, je trouve qu'il y a une mentalité, ce qui est normal, ça c'est aussi parce que je pense qu'on a notre guerre, mais voilà : ils sont au travail, ils s'occupent de personnes et ces personnes, elles sont chez elles. Et là aussi, c'est un peu dur. Puis leurs choix ne vont pas forcément être pris en compte. Quand la toilette, c'est une équipe où c'est que des hommes et madame, elle veut que la toilette soit faite par une femme... sauf qu'aujourd'hui, il se trouve que dans l'étage où elle est, il n'y a que des hommes. On fait comment ? Et pourtant, c'est son choix, mais l'institution dira : « Faut qu'elle ait sa douche aujourd'hui, sinon on est en retard. ». Mais on devrait s'adapter à ses choix, mais voilà : c'est l'institution. Je dirais que c'est la plus grosse limite.

Enquêteur : Malheureusement. Espérons que ça change du coup. En tout cas, moi j'en ai terminé avec mes questions. Je voulais te remercier pour ces échanges qui sont hyper enrichissants et qui me nourrissent autant professionnellement que personnellement. Donc voilà, je voulais te remercier pour le temps. Et si peut-être il y a des informations que tu souhaites me transmettre d'ici là, qui viennent en tête, surtout hésite pas à me les partager. Je suis toujours disponible, donc voilà.

E2 : Mais toi aussi hésite pas à m'envoyer ton mémoire.

Enquêteur : Bah avec plaisir. Merci beaucoup, je suis vraiment reconnaissante, je vais te l'envoyer du coup.

E2 : Je t'en prie.

Enquêteur : Passe un bon après-midi. Bon week-end

E2 : Merci à toi aussi.

ANNEXE III : GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE

Grille d'analyse des moyens réalisés par les ergothérapeutes lors de l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents en EHPAD

	E1	E2	E3	E4	Littérature scientifique
Créer la collaboration avec le résident : pierre angulaire de l'accompagnement à la réinscription occupationnelle	« Mais en tout cas, l'entrée, oui c'est sûr que c'est une étape importante à soigner », « prendre la température, voir un peu comment elles se sentent, dans quel état elles arrivent », « chaleur humaine et de la bienveillance », « il faut surtout créer un lien de confiance, qu'ils acceptent qu'on rentre dans leur intimité ».	« la relation est importante avant même autre chose [...] parce que si tu n'en a pas ça ne marche pas », « il faut montrer qu'elle a une vraie place au sein de l'établissement pour justement leur montrer leur singularité [...] généralement un peu perdue », « on n'impose jamais [...] si quelqu'un a envie	« Je crois vraiment au pouvoir de la relation thérapeutique, surtout avec les adultes âgés, et encore plus en EHPAD : de leur montrer qu'eux aussi, ils font partie de notre quotidien », « [...] la relation thérapeutique, c'est l'un des moyens utilisés en ergothérapie pour justement lutter et	« Des fois, il n'y a pas forcément besoin de parler : juste elles ont besoin de parler d'elles, et il faut les écouter activement [...] elles vont voir qu'on est là pour elles, et petit à petit, la relation va naître », « Donc tous les jours, on les voit, tous les jours ils nous voient. Donc forcément, la relation thérapeutique est plus facile », « une fois que le lien est établi avec nous, c'est beaucoup plus facile de leur proposer d'autres activités. Une dame disait non à tout le monde, mais oui seulement avec moi », « On	Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). <i>Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation</i> (N. Cantin, Éd. ; 2e éd.). CAOT Publications ACE.
		de décorer sa chambre, il décore sa chambre », « il faut perdre du temps pour écouter [...] pour justement ne pas passer à côté de ce temps d'écoute, et ce temps de parole [...] et c'est comme ça qu'on arrive à créer du lien », « Je dirais que c'est pour créer un cadre le plus sécurisant possible, afin qu'il y ait le moins de rupture flagrante possible », « Parce que des fois, en fait, t'as l'impression que c'est juste un nom	accompagner la réinscription dans les occupations ».	leur demande toujours leur avis avant ».	

		sur une porte, mais c'est des vraies personnes ».			
L'évaluation comme fondement d'une intervention en ergothérapie personnalisée en EHPAD	« Alors moi je fais pas de bilans [...], on reçoit un protocole de renseignement, c'est un recueil de données de leur histoire familiale, leur fratrie, quelle profession ils faisaient, leurs occupations, leurs loisirs, leurs habitudes de vie, leur autonomie [...] donc ça je le lit avant qu'ils arrivent, ça me permet de me faire une idée un peu ». « Il faut essayer de les raccrocher à ce qui peut les intéresser après avoir échangé avec eux et après avoir lu leur	« le matériel on sait comment les adapter, parce qu'on connaît leurs habitudes de vie », « Est-ce qu'ils ont besoin de couverts adaptés ? », « on est obligés d'attendre un temps d'adaptation [...] car pendant ce temps-là ils ont des comportements et une fois que c'est passé en fait le test n'est plus viable, c'est pour ça qu'on	« Et puis du coup, donc plutôt anamnèse dans un premier temps, et l'évaluation des premières... comment dire... des premières capacités motrices de la personne : est-ce qu'elle va réussir à se mobiliser dans le lit ? Est-ce qu'elle va réussir à participer au niveau des transferts, des	« en fonction de son résultat de son NPI-ES, ça me dit si la personne rentre dans les critères du PASA ou pas », « en fonction de son résultat de son NPI-ES, elle me dit si la personne rentre dans les critères du PASA ou pas »	Du Toit, S., Casteleijn, D., Adams, F., & Morgan-Brown, M. (2019). Occupational justice within residential aged care settings – Time to focus on a collective approach. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 82(9), 578-581. https://doi.org/10.1177/0308022619840180
	histoire de vie, souvent on voit si c'est des gens qui sont un peu manuels plutôt intellectuels, soit qui aiment la culture qui aiment l'art qui faisaient des sorties au musée », « c'est vrai que je bilante peu à part de l'observation », « Voilà pour qu'on puisse exploiter au maximum leurs capacités et les valoriser beaucoup », « s'il y a des troubles visuels, j'adapte aussi »	a quand même un temps de latence », « c'est pour savoir le comportement du résident [...] et pour justement nous aider à appréhender son environnement », « Donc là, c'est plus observation. Après, au niveau des bilans normés, pour rentrer au PASA, t'es obligée d'avoir un certain score. On fait passer le MMS et le NPES, et tu peux même faire passer une échelle — j'ai plus le nom — une échelle pour avoir les troubles et	déplacements ? Et en fait, c'était un moment quand même assez charnière aussi au niveau du travail en équipe, pour qu'il n'y ait pas de loupé, et que la personne se sente dès le début accompagnée comme elle doit être accompagnée, dans une dynamique de stimulation des capacités restantes », « Ouais c'est surtout sur de l'observation clinique pour évaluer les		Nielsen, K. T., & Wæhrens, E. E. (2015). Occupational therapy evaluation: use of self-report and/or observation?. <i>Scandinavian journal of occupational therapy</i> , 22(1), 13–23. https://doi.org/10.3109/11038128.2014.961547 Sackley, C. M., Atkinson, J.C., & Walker, M.F (2004). Occupational therapy in nursing and residential care settings: A description of a

		les agitations d'une personne âgée. Mais je dirais qu'essentiellement, c'est ça. Bon, après, au niveau des chutes, il faut aussi passer des bilans chutes »	capacités motrices de la personne [...] et la compréhension de ses limitations de participation », « on essayait de créer les conditions pour qu'elle puisse y avoir accès quand même [...] d'ouvrages avec des écritures grossies, des loupes, [...] des ciseaux adaptés et des livres audio en fonction des problématiques du résident », « baisser un peu le sentiment d'être complètement		randomised controlled trial intervention. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 67(3), 104-110. https://doi.org/10.1177/030802260406700302 Villaumé, A. (2018). Rôle de l'ergothérapie en gériatrie. <i>NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie</i> , 19(109), 30-38. https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002
			dépendant des autres, de n'être qu'une charge, mais aussi les inscrire au maximum dans les activités »		
L'approche collaborative : un levier pour l'ergothérapeute dans la réintroduction des activités antérieures	« Globalement, c'est plutôt la collaboration avec tout le monde : avec le résident, les professionnels, intérieur, extérieur, la famille... c'est ça qui va vraiment favoriser une bonne prise en soin, qu'elle soit spécifique en ergothérapie ou non »? « j'aime beaucoup échanger avec la famille et leur demander, voilà qu'est-ce qui était important pour leur proche ? », on a des équipes de gériopsychiatrie qui passent de temps en temps quand il y a vraiment des	« pour reprendre une activité, on va beaucoup se rapprocher de la famille, et faire en sorte qu'elle rapporte ses activités, et qu'ensuite les équipes prennent ce relais pour les réintégrer », « On voit avec la tutelle, et s'il va voir tutelle	« avec la psychologue, la psychomot et l'animateur, on organisait des soirées à thème : par exemple pizza-foot, on confectionnait les pizzas avec eux et on regardait le match de foot tous ensemble », « En fait, ça permettait	« On a fait son projet d'accompagnement, et du coup, on évoque les loisirs pendant ce projet. Et donc, elle dit qu'elle adore tricoter, et là je me suis rendu compte qu'elle n'avait pas de quoi tricoter, du coup j'ai demandé à ses enfants de ramener des aiguilles, et depuis elle est trop contente, elle retrouve son loisir d'avant », « Par exemple, pour la personne qui veut se lever à 10h : si je passe et qu'il n'est pas levé, je	Causesy-Upton, R. (2015). A model for quality of life: Occupational justice and leisure continuity for nursing home residents. <i>Physical & Occupational Therapy In Geriatrics</i> , 33(3), 175-188. https://doi.org/10.3109/02703181.2015.1024301

	situations un peu complexes »	curatelle là ça va être encore plus long. En fait, on abandonne pas la personne : « Vous êtes ici, vous êtes bloqués », non, c'est pas le but. On essaie toujours de faire le lien, mais on sait que nous, avec toutes les limites qu'on rencontre, on peut pas », « si les soignantes font un repérage [...] je suis appelée et après c'est en pluripro qu'on voit ensemble ce qu'on peut mettre en place avec les moyens qu'on a », «	déjà de croiser des regards de différents professionnels sur la personne, qui ne... comment dire... ne verbalisait pas forcément des choses, ou n'avait pas forcément la possibilité de verbaliser des choses au niveau de son humeur et tout ça. Mais d'être plus attentif du coup à la communication infra verbale : la majoration des douleurs, un faciès plus crispé, plus	fais un rappel "Rappelez-vous, il a fait la demande" », « pour la zoothérapie c'est une entreprise extérieure qui intervient, nous on est là pour accompagner les résidents à cette activité », « Et du coup, nous, on va à la crèche. Donc un jour, je me suis dit : là, pour la reprise d'activité, c'est le moment. Elle adorait les enfants, elle travaillait elle-même en crèche avant. Je me suis dit : bon, je vais lui proposer. Et en effet, ça a marché direct, elle est venue. Et maintenant, à chaque fois, elle va à la crèche, et elle sort un peu plus dans les activités proposées ici »	Du Toit, S., Casteleijn, D., Adams, F., & Morgan-Brown, M. (2019). Occupational justice within residential aged care settings – Time to focus on a collective approach. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 82(9), 578-581. https://doi.org/10.1177/0308022619840180 Lesieur, L. (2024). L'ergothérapie un catalyseur pour repenser l'autonomie et la
		on fait des réunions avec les résidents pour savoir de quoi ils ont besoin », « on leur dit toujours que s'ils veulent ramener [...] par exemple un moule à gâteau, c'est possible d'apporter des objets qui sont importants pour eux », « il y a beaucoup de partenariats qui se font avec des crèches », « Après, il y a des équipes, ça, je pense aussi que tu dois le savoir, qu'il y a des équipes gérontopsy qui peuvent venir dans	fermé. Donc on avait une observance qui était plus importante du patient ».		prévention en EHPAD. <i>Revue de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie</i>, 54.

		les établissements », « ça va être après la psychologue qui va prendre le relais, ou alors ça va être la thérapie canine » .			
L'intervention ergothérapique en EHPAD face aux contraintes systémiques	« On essaye de s'adapter dans la mesure du possible, mais le nombre de résidences c'est une limite pour s'adapter. »	« en institution on va te dire que la douche, c'est à telle heure, tu manges à telle heure, il y a telle activité à telle heure. Alors que le résident prend sa douche peut-être qu'une fois par semaine, peut-être qu'il a l'habitude de manger avec les mains. En fait, le résident s'adapte à	« il y avait environ 300-320 résidents. Donc c'était un peu l'usine, surtout qu'il y avait des postes vacants », « il arrêter de figer le fonctionnement institutionnel, et que ce ne soit pas le résident qui s'adapte au moule institutionnel, mais que l'institution s'assouplisse pour	« on n'a qu'un véhicule [...] les journées sont chargées. Pour faire des projets, il faut se poser, écrire... et je n'ai pas le temps », « Du coup, en collaboration avec l'animatrice, par exemple, il y a une résidente qui voulait aller voir un film au cinéma, du coup on l'a emmenée. Mais c'est une résidente sur 89. Tu vois, c'est... On ne peut pas, enfin, c'est compliqué de faire plaisir à tout le monde, malheureusement »	Causey-Upton, R. (2015). A model for quality of life: Occupational justice and leisure continuity for nursing home residents. <i>Physical & Occupational Therapy In Geriatrics</i> , 33(3), 175-188. https://doi.org/10.3109/02703181.2015.1024301
		la vie en collectivité, et pas l'inverse [...] donc il y a une perte de repères totale », « l'institution dira : faut qu'elle ait sa douche aujourd'hui, sinon on est en retard. Mais on devrait s'adapter à ses choix, mais voilà : c'est l'institution. Je dirais que c'est la plus grosse limite. », « certains allaient faire de la balnéothérapie, eh bien nous, on n'en a pas [...] dès que ça met du budget en jeu, là on n'y arrive pas [...] parce qu'il y	pouvoir respecter l'habitude de vie de la personne », « il y a beaucoup à faire à ce niveau-là, surtout en EHPAD »		HAS. (2025). <i>Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS : Volet 1 – Socle transversal</i> . https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/accompagner_la_vie_intime_affective_et_sexuelle_des_personnes_en_essms_volet_1_socle_transversal_rbpp.pdf L'écuyer, K., Auger, L. P., Lamontagne, M. E., & Bastien, J. (2020). Soutenir l'habilitation à l'occupation de la

		aurait un coût budgétaire, parce qu'il faudrait adapter un peu plus l'équipement qu'on a actuellement », « notre plus grande problématique, c'est vraiment les relations affectives [...] le problème, c'est qu'aujourd'hui, c'est encore très tabou, les équipes sont pas prêtes. Et là, par exemple, on n'a aucun moyen [...] je ne suis pas entendu là-dessus ».			sexualité par un groupe d'intérêt virtuel : perceptions d'ergothérapeutes. <i>Revue francophone de recherche en ergothérapie</i>, 6(2), 42-63. https://doi.org/10.13096/rfre.v6n2.133 Rafeedie, Samia & Metzler, Christina & Lamb, Amy. (2018). Opportunities for Occupational Therapy to Serve as a Catalyst for Culture Change in Nursing Facilities. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>. 72(4).
					https://doi.org/10.5014/ajot.2018.724003

ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de Formation en Ergothérapie – 52 rue Vitruve – 75020 PARIS
Tél : 01 43 67 15 70 – Courriel : adere@adere-paris.fr

Projet d'initiation à la recherche Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire est destiné à recueillir votre accord (consentement) concernant votre participation et la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet d'initiation à la recherche intitulé : *Ergothérapie et désengagement occupationnel : le rôle de l'ergothérapeute lors de la transition occupationnelle de la personne âgée institutionnalisée*, mené par Clara SORIN, étudiante à l'Institut de formation en ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue de Vitruve, 75020 Paris, et dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e)

Cocher une ou plusieurs cases

- ☐ Accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- ☐ Autorise l'étudiant à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.
- ☐ Autorise l'étudiant à prendre des photographes et/ou filmer et exploiter les photographies et les vidéos enregistrées de mon image et de mes propos uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, pour en faciliter la transcription et l'analyse.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié du temps de réflexion nécessaire pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans aucune conséquence sur moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude, et demander la destruction des supports de fixation d'images et de sons, quelles que soient mes raisons, sans devoir, ni supporter aucune conséquence, en contactant l'étudiante : Clara SORIN

L'étudiante menant cette étude dans le cadre de son mémoire de fin d'étude s'engage à :

- Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant unique et non nominatif aux données recueillies en me concernant,
- Stocker de manière sécurisée les données recueillies,
- Conserver les données recueillies seulement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'issue de la soutenance de son mémoire,



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de Formation en Ergothérapie – 52 rue Vitruve – 75020 PARIS
Tél : 01 43 67 15 70 – Courriel : adere@adere-paris.fr

- Utiliser et diffuser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail d'étude,
- Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de sa soutenance de mémoire.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors de ce cadre est interdite.

Le présent formulaire est délivré en deux exemplaires.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à _____, le _____

Signature du participant

Signature de l'étudiante

RÉSUMÉ

Titre : *Ergothérapie et désengagement occupationnel en EHPAD : Le rôle de l'ergothérapeute lors de la transition occupationnelle de la personne âgée institutionnalisée*

Mots clés : personnes âgées, EHPAD, transition occupationnelle, engagement occupationnel, ergothérapie

Introduction : Que le processus d'institutionnalisation soit choisi ou non, quitter son logement pour l'EHPAD représente un réel défi pour la personne âgée, qui demande des capacités d'adaptation, pourtant potentiellement altérées. Cette transition occupationnelle implique une altération de la routine, des habitudes de vie et un désengagement occupationnel induite par des pertes fonctionnelles, une restriction des choix et la vie en collectivité.

Objectif : L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche est de questionner les stratégies de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents en EHPAD.

Méthode : Afin d'y apporter une réponse, quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD.

Résultats : Lors de l'enquête qualitative, les ergothérapeutes présentent trois stratégies complémentaires d'accompagnement de la transition occupationnelle : la collaboration avec le résident, la phase évaluative et la collaboration avec les professionnels de santé et la famille. Ces stratégies permettent notamment la personnalisation de l'environnement, l'adaptation des occupations porteuses de sens et le respect des habitudes de vie de chaque résident. Toutefois, cet objectif reste dépendant des limites systémiques propres à l'établissement.

Conclusion : Ce travail d'initiation à la recherche ouvre la voie à des perspectives futures. Il serait pertinent de comprendre quelle stratégie, ou quelle combinaison de stratégies, s'avère être la plus efficace pour soutenir la transition occupationnelle des résidents en EHPAD.

ABSTRACT

Title: Occupational therapy and occupational disengagement in nursing homes: *The role of occupational therapist during the occupational transition of older adults living in nursing homes.*

Keywords: older adults, nursing homes, occupational transition, occupational engagement, occupational therapy

Introduction: Whether institutionalization in a nursing home is voluntary or not, leaving one's home to move into a nursing home presents a real challenge for older adults, requiring adaptive abilities that may already be impaired. This occupational transition could involve disruptions in daily routines and lifestyle, as well as an occupational disengagement resulting from functional limitations, restricted choices and life in a group setting.

Aim: The aim of this research is to examine the strategies occupational therapists use to support the occupational transition of residents in nursing homes.

Method: To address this issue, four semi-structured interviews were conducted with occupational therapists working in nursing homes.

Results: In the qualitative study, occupational therapists identified three complementary strategies to support occupational transition: collaboration with the resident, the assessment phase, and collaboration with healthcare professionals and residents' family members. These strategies enable the personalization of the environment, the adaptation of meaningful activities, and respect of each resident's daily routines. However, the achievement of this objective remains dependent on systemic limitations inherent to the institution.

Conclusion: This research paves the way for future research. It would be relevant to determine which strategy, or combination of strategies, appears to be the most effective in supporting the occupational transition of nursing home residents.