



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2022-2023

L'entrée en EHPAD et le maintien de l'équilibre occupationnel

Soutenu par : Emilie DOST

11801538

Tuteur de mémoire : Aurélie BARRIERE



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences
ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences
GIESELER Kathrin

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **BODET Guillaume**

Pierre CHAREYRON

POLYTECH LYON

Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy



Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont entourée pour la réalisation de ce mémoire, et dans ces trois années d'études.

Je remercie tout particulièrement Aurélie Barrière, ma tutrice de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et ses questionnements tout au long de l'année qui ont nourri mes réflexions sur le sujet.

Je remercie l'équipe pédagogique et les ergothérapeutes rencontrés pendant les périodes de stages, pour leur partage de savoir, savoir-être et savoir-faire.

Merci à toute la promotion et plus particulièrement mes amies, rencontrées au cours de cette formation.

Merci aux filles de mon groupe mémoire, pour m'avoir écoutée et aidée tout au long de l'année.

A Louise, mon binôme.

A Fanny et Cassandre, pour leur soutien à distance.

A ma famille, plus particulièrement ma mère pour ses nombreuses relectures.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
PREAMBULE	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE THEORIQUE	7
LES PERSONNES HEBERGEES EN EHPAD	7
<i>Personnes âgées</i>	7
<i>Vieillessement et fragilité.....</i>	7
<i>Dépendance, perte d'autonomie.....</i>	8
Dépendance, Indépendance, Interdépendance.....	8
Autonomie.....	8
Mesure de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.....	9
<i>Résident ou patient ?.....</i>	9
L'ENTREE EN EHPAD.....	10
<i>Caractéristiques d'un EHPAD.....</i>	10
<i>Processus d'admission en EHPAD</i>	11
<i>Qui entre en EHPAD ?.....</i>	11
<i>Un enjeu pour le résident comme pour l'institution.....</i>	12
<i>Conséquences de l'entrée en institution pour les résidents</i>	13
Choix ou obligation	13
Rupture	13
Changement de domicile	14
Différences d'occupations entre l'EHPAD et le domicile	14
Habitat collectif.....	15
Lieu de fin de vie	15
LA PLACE DE L'ERGOTHERAPEUTE A L'ENTREE EN EHPAD	16
<i>L'ergothérapeute en gériatrie.....</i>	16
Définition de l'ergothérapeute.....	16
L'ergothérapeute en EHPAD	16
<i>L'occupation au cœur de la pratique.....</i>	18
L'occupation, définition.....	18
Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	19
La transition et la perte occupationnelle.....	20
L'équilibre occupationnel.....	20
<i>Les occupations et le vieillissement.....</i>	21
<i>Les occupations améliorent la qualité de vie en EHPAD.....</i>	21
<i>Transition des occupations du domicile à l'entrée en EHPAD</i>	22
PARTIE METHODOLOGIE	23
OBJECTIF DE L'ETUDE.....	23
TYPE DE RECHERCHE	23
CHOIX DE LA POPULATION	23
OUTILS D'INVESTIGATION	24
DEROULEMENT DE L'INVESTIGATION	24
METHODES DE TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	25
ASPECTS ETHIQUES	25
RESULTATS ET ANALYSE.....	26
CONTEXTE DE PRATIQUE DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE.....	26
L'ENTREE EN EHPAD.....	27
<i>Les professionnels présents au moment de l'entrée en EHPAD.....</i>	27
<i>Des résidents aux profils variés</i>	27
<i>Un vécu de l'entrée en institution variable selon les résidents</i>	28
<i>La mise en place du projet personnalisé.....</i>	29

LES INTERVENTIONS DE L'ERGOTHEPEUTE AU SEIN DE L'EHPAD	30
<i>Les missions de l'ergothérapeute en EHPAD</i>	30
Les missions autour du résident	30
Les missions autour des professionnels	31
Les autres missions	31
Les missions qu'ils aimeraient développer ou remettre en place	32
<i>L'adressage des patients</i>	32
<i>L'utilisation d'un modèle d'intervention</i>	33
L'EQUILIBRE OCCUPATIONNEL	33
<i>La non connaissance de ce concept</i>	33
<i>L'équilibre occupationnel pratiqué au sein de l'EHPAD</i>	33
<i>Les obstacles et facilitateurs de cette mise en place</i>	35
DISCUSSION	38
INTERPRETATION DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE	38
<i>Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD</i>	38
Un travail direct auprès des patients	38
Un travail indirect, grâce à la formation des équipes	39
<i>L'occupation et l'équilibre occupationnel</i>	40
Un déséquilibre occupationnel remarqué à l'entrée en EHPAD	40
Des questionnements sur les occupations du résident	40
Des freins à la mise en place d'action sur l'équilibre occupationnel du résident par l'ergothérapeute	41
INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE	42
SUGGESTION POUR UNE POURSUITE D'ETUDE	43
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	45
TABLE DES ANNEXES	I
ANNEXE A – GUIDE D'ENTRETIEN	II
ANNEXE B – GRILLE D'ANALYSE	V
ANNEXE C – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	VI

Table des illustrations

Illustration 1 – Le modèle de l'occupation humaine	19
--	----

Liste des abréviations

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP : Équivalent Temps Plein
GIR : Groupe Iso Ressource
HAS : Haute Autorité de Santé
MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
USLD : Unité de Soins Longue Durée
UVP : Unité de Vie Protégée

Préambule

Le thème de mon mémoire d'initiation à la recherche provient d'une situation d'appel vécue lors d'expériences professionnelles et lors d'un stage en EHPAD.

La gériatrie est un domaine qui m'attire depuis longtemps. Je trouve que nous pouvons apporter autant aux personnes âgées qu'elles peuvent nous apporter en retour avec leurs histoires de vie et leurs vécus.

Pendant les vacances d'été, depuis le début de mes études supérieures, je travaille au sein d'EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces expériences professionnelles dans différents établissements m'ont permis de connaître le travail des différents professionnels au sein d'un EHPAD. J'ai assisté à l'arrivée dans l'institution de plusieurs personnes âgées. Chacune vivait cette arrivée d'une façon différente, mais elles semblaient toutes perturbées par le changement de leurs habitudes de vie.

C'est lors de mon stage en deuxième année d'ergothérapie dans un EHPAD qu'une nouvelle entrée dans l'établissement m'a interpellée sur le rôle que l'ergothérapeute doit tenir lors d'une arrivée dans un nouveau lieu de vie. Il s'agissait d'un homme ayant fait un accident vasculaire cérébral. Après avoir été suivi dans un service de rééducation, il n'était pas apte à retourner dans son domicile. L'accueil dans un EHPAD a donc été envisagé. Nous étions présentes avec l'ergothérapeute du service lors de son arrivée, pour s'assurer que le matériel convenait au Monsieur. Quelques jours plus tard, ce même monsieur m'a interpellé pour me dire qu'il était perdu, qu'il n'avait plus ses habitudes et qu'il s'ennuyait énormément. Je lui ai alors demandé quelles étaient ses occupations avant son accident vasculaire cérébral, pour lui proposer de réaliser des activités lors de ses temps libres. J'ai ensuite vu avec l'ergothérapeute pour voir de quelles façons nous pourrions lui faciliter la reprise d'un rôle au sein de l'institution.

En deuxième année d'ergothérapie, lors d'un travail de recherche bibliographique en binôme, j'ai eu l'occasion de travailler sur l'impact des activités significatives pour les résidents en EHPAD. Afin d'approfondir ce sujet qui m'intéressait, j'ai décidé d'axer le thème de mon mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie sur le maintien des occupations et l'entrée en EHPAD.

Introduction

La France connaît, depuis ces dernières décennies, un important vieillissement de la population accompagné d'une augmentation de l'espérance de vie, grâce aux progrès de la médecine notamment. En 2019, 20% de la population en France est âgée de 65 ans ou plus (INSEE, 2019), et la proportion de personnes âgées de 75 à 84 ans devrait augmenter de 50% dans les dix prochaines années. En 2019, 8,8% des plus de 75 ans résident en EHPAD. Avec l'augmentation de la population vieillissante, les places en EHPAD ne seront plus suffisantes, et il faudra doubler le rythme d'ouverture des places. Ce n'est pas moins de 108 000 nouveaux résidents qui sont attendus entre 2019 et 2030, et 211 000 entre 2030 et 2050 (DREES, 2020).

Mais les EHPAD, suite aux mesures prises pendant la COVID-19 ou lors du scandale ORPEA, ont montré des situations fréquentes de maltraitance, de restriction des droits et des libertés entraînant une qualité de vie altérée (Défenseur des droits, 2021). De plus, l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne de fragilité et de troubles fonctionnels chez les personnes âgées, qui sont en situation de perte d'autonomie et de dépendance et peuvent avoir des difficultés dans certaines de leurs activités du quotidien (INED, 2021).

L'ergothérapeute, professionnel agissant auprès de la personne âgée pour limiter la dépendance et favoriser le maintien des occupations, semble alors être un acteur primordial au sein des EHPAD. Ses actions se basent sur les caractéristiques de la personne, ainsi que sur sa capacité et sa participation aux occupations.

Suite à ces réflexions, une question émerge : **Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner le maintien de l'équilibre occupationnel des résidents en EHPAD lors de leur admission ?**

Dans une première partie, ce travail abordera des éléments théoriques concernant les personnes âgées, l'EHPAD et les conséquences de l'entrée en institution pour les nouveaux résidents, puis le rôle de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD et notamment ses interventions centrées sur l'occupation. Cette première partie sera suivie d'une partie visant à définir la méthodologie de recherche de type exploratoire. Puis les résultats de l'étude menée auprès d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD seront présentés dans une troisième partie. Pour

finir, une quatrième partie sera consacrée à la discussion, afin de confronter les résultats aux éléments théoriques.

Partie Théorique

Les personnes hébergées en EHPAD

Personnes âgées

Il n'y a pas de consensus sur la définition de la personne âgée. Du fait du parcours de vie de chaque personne, les profils des personnes âgées sont très diversifiés. Chaque personne âgée acquiert une expérience au fil de sa vie et exprime des besoins différents. « Certaines personnes de 80 ans ont des capacités physiques et mentales similaires à celles de nombreuses personnes de 30 ans. D'autres personnes beaucoup plus jeunes connaissent une baisse importante de leurs capacités bien plus tôt. » (OMS, 2022). De même pour la vieillesse, elle est variable en fonction des personnes âgées et sa définition évolue au fil des années. Historiquement, les personnes âgées étaient assimilées aux personnes retraitées parce que l'âge de la retraite était très proche de l'espérance de vie. Mais des réformes ont eu lieu, la retraite arrive plus précocément et l'espérance de vie augmente. On se retrouve donc dans un phénomène où les personnes arrivant à la retraite ne sont pas considérées comme âgées (Ennuyer, 2011). Selon le centre d'observation de la société, « l'entrée dans la vieillesse au sens où on l'entend le plus souvent se situe davantage aux alentours de 80 ans, l'âge du déclin physique et de la dépendance, parfois marqué par l'entrée en maison de retraite. » (2022).

Vieillesse et fragilité

Le vieillissement est décrit selon plusieurs types dans la littérature. Effectivement, Bourrellis et Bazerolles (2009) distinguent trois types de vieillissement. Ils parlent de vieillissement réussi, de vieillissement habituel, qui correspond à la diminution des capacités et fonctions de la personne âgée sans pathologie distincte, et de vieillissement sévère, lorsque la personne est atteinte d'une ou plusieurs pathologies. La personne âgée peut passer d'un type de vieillissement à un autre. Lorsqu'elle se trouve entre le vieillissement dit habituel et celui dit sévère, elle se trouve dans une phase de fragilité.

La fragilité est un syndrome clinique qui indique un risque à venir, en fonction des comorbidités ou facteurs personnels et environnementaux de la personne. Elle est déterminée selon des critères de physiopathologie et des facteurs cognitifs et sociaux. Elle évalue un risque, qui peut être notamment l'entrée en institution. Lorsque la personne est autonome dans les activités de la vie quotidienne (de Katz) mais a des difficultés dans les

activités instrumentales de la vie quotidienne, elle a un syndrome de fragilité. (Rolland et al., 2011)

La fragilité est initialement déterminée par les cinq critères de Fried, à savoir : la fatigue ou la mauvaise endurance, la diminution de l'appétit, une faiblesse musculaire, la diminution de la vitesse de marche, et la sédentarité ou la faible activité physique. Pour élargir cette définition de la fragilité et avoir une vision plus globale de la personne sur tous ces domaines personnels, sociaux et environnementaux, la fragilité est déterminée par les critères cités ci-dessus, ainsi que par les facteurs cognitifs, les incapacités dans les activités de la vie quotidienne et en prenant en compte son environnement physique et social. La fragilité est « l'étape entre l'autonomie et la dépendance ». (Faya-Robles, 2018)

Dépendance, perte d'autonomie

Par définition, les personnes entrant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des personnes qui deviennent dépendantes. Il convient dans cet écrit de définir les termes d'autonomie et d'indépendance, qui sont utilisés indifféremment dans le langage commun.

Dépendance, Indépendance, Interdépendance

L'indépendance est définie comme la possibilité de « réaliser seul les activités de la vie quotidienne », sans aide humaine, mais peu importe les aides techniques utilisées. Au contraire, on parle de dépendance lorsqu'il y a « une aide qualitative ou quantitative apportée par un tiers à une personne pour la réalisation de ses activités » (Sève-Ferrieu, 2016).

Selon Ennuyer, il n'est pas possible d'être en totale indépendance, puisque l'être humain « est toujours placé dans une situation sociale dans laquelle il est plus ou moins dépendant de ceux avec qui il est en relation ». Il apparaît alors la notion d'interdépendance, « relation nécessaire entre deux ou plusieurs éléments, relation où chacun est dépendant du ou des autres » (Sève-Ferrieu, 2016).

Autonomie

L'autonomie correspond à la capacité de « se gouverner, régir la situation à la lumière de ses propres lois » (Bodin, 2004). Elle est donc très liée à la personne, son vécu, et à la situation. Elle est influencée par plusieurs facteurs personnels tels que les représentations

sociales ou l'état émotionnel (Bodin, 2004). L'autonomie se construit au fur et à mesure que la personne grandit et développe ses relations d'interdépendance. Les relations de dépendance aux autres vont aider la personne à se construire, avoir conscience de soi et être capable de penser, pour pouvoir par la suite se gouverner soi-même et ainsi être autonome. (Sève-Ferrieu, 2016)

Mesure de la perte d'autonomie chez les personnes âgées

La perte d'autonomie est synonyme de dépendance dans le langage commun (Ennuyer, 2013). Elle est déterminée par l'évaluation de la personne de plus de 60 ans par la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources), qui fournit un GIR (Groupe Iso-Ressources) et permet d'obtenir ou non l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

La grille AGGIR regroupe différentes activités du quotidien : les activités discriminantes et les activités illustratives. Les activités dites discriminantes correspondent aux activités corporelles et mentales, et servent à la cotation du GIR. En revanche les activités illustratives, c'est-à-dire les activités domestiques et sociales, permettent à l'évaluateur d'avoir une vision holistique de la situation de la personne. Pour définir le GIR d'une personne, l'évaluateur mesure les capacités de la personne à accomplir différentes activités du quotidien. Le GIR est coté de 1 à 6, 1 correspond à une perte d'autonomie totale, et 6 à une autonomie complète.

Lorsque la personne dispose d'un GIR compris entre 1 et 4, elle peut bénéficier de l'APA. Lorsque la personne est à domicile, l'APA est versée pour aider au financement des dépenses nécessaires pour rester à domicile. Lorsque la personne entre en établissement tel que l'EHPAD, l'APA permet le financement du tarif dépendance. (CNSA, 2022)

Résident ou patient ?

Les personnes hébergées en EHPAD sont appelées résidentes. Même si l'EHPAD est une structure médicalisée, c'est avant tout un lieu de vie, où les personnes y vivent, elles ne sont donc pas désignées comme patientes, défini comme « personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale » (Larousse, s. d.).

Parmi les résidents en EHPAD, 38% des personnes sont atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (DREES, 2022). Dans cet écrit, nous ne prendrons pas

en compte les pathologies des résidents, mais nous consacrerons à tous les résidents des EHPAD, avec ou sans pathologies diagnostiquées.

Chaque personne évolue différemment selon l'avancée en âge. Les demandes et les besoins doivent alors être pris en compte de façon individualisée pour permettre un accompagnement le plus proche possible des attentes de la personne, d'autant que les personnes âgées sont fragiles et en perte d'autonomie et d'indépendance. Ainsi pour la suite de l'écrit, le questionnaire sera porté sur l'impact de l'entrée en EHPAD.

L'entrée en EHPAD

Caractéristiques d'un EHPAD

L'EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est une structure médicalisée qui accueille les personnes de plus de 60 ans, qui ont besoin d'un accompagnement au quotidien ou qui ont besoin de soins médicaux. L'hébergement en EHPAD peut être temporaire ou permanent. Les établissements accueillent en moyenne 50 à 120 résidents.

Chaque EHPAD doit proposer des prestations minimales au sein de l'établissement : un service d'administration général, un accueil hôtelier, un service de restauration, un service de blanchissage et des animations. D'autres prestations complémentaires optionnelles et payantes peuvent être proposées au sein de l'établissement. L'accompagnement en EHPAD se doit d'être global, afin que les résidents et les proches n'aient pas besoin de faire l'intendance. (Services Public et al., 2020)

Une équipe pluridisciplinaire travaille au sein des EHPAD. Selon l'étude EHPA de la DREES réalisée en 2019, les professionnels travaillant au sein des EHPAD publics sont : le personnel de direction, de gestion et d'administration, le personnel des services généraux ; le personnel d'encadrement ; le personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation ; les agents de services hospitaliers. Parmi le personnel médical ou paramédical, les professions les plus représentées sont les aides-soignants non assistant de soins en gérontologie (avec un taux d'encadrement pour 100 places de 23,17), les infirmiers diplômés d'État (taux d'encadrement pour 100 places : 6,50), les aides-soignants assistant de soins en gérontologie

(taux d'encadrement pour 100 places : 3,99), les accompagnants éducatif et social (taux d'encadrement pour 100 places : 1,69). (DREES, 2022)

Processus d'admission en EHPAD

L'admission en EHPAD est prononcée par le directeur de l'établissement, après avoir eu l'avis du médecin coordonnateur de l'établissement. La personne doit ensuite signer un contrat de séjour. Ce contrat contient les objectifs et la nature de la prise en charge de la personne, ainsi que les prestations au sein de l'établissement et leur coût. (Rebourg, 2016)

Lors de l'entrée du résident en EHPAD, un projet personnalisé est constitué. Il s'agit d'un outil de coordination obligatoire, qui fait suite à la loi de 2002 sur la bientraitance. L'objectif de ce projet est de pouvoir répondre aux besoins de la personne âgée et ses attentes tout au long de son séjour en EHPAD. Il est alors co-construit avec la personne âgée, l'aidant et l'équipe professionnelle. Il permet de mettre en avant l'individualité et la singularité du résident et de respecter ses habitudes de vie et ses souhaits. Le projet personnalisé permet ainsi de faciliter l'adaptation de la personne à cet environnement. Dans un EHPAD, le projet de vie doit être rédigé dans les 2 à 3 mois après l'entrée du résident. (HAS, 2018) Ainsi, dans cet écrit, la personne est considérée comme entrant en EHPAD jusqu'à 3 mois après son arrivée.

Qui entre en EHPAD ?

Selon l'enquête de la DREES sur les EHPA, 115 713 personnes sont entrées en EHPAD publics en 2019, dont 93 153 personnes en hébergement permanent. Les nouvelles entrées concernent plus les femmes que les hommes. En effet, parmi ces entrants, 75 750 étaient des femmes, alors que 39 963 étaient des hommes. Les arrivants ont en moyenne entre 85 ans et 11 mois et 86 ans et 4 mois. (DREES, 2022)

Dans les nouvelles arrivées de l'année 2019, 44,6% viennent de leur domicile ou du domicile d'un proche ; 21,2% arrivent d'un service de soins de suite et de rééducation (SSR) ; 13,2% d'une unité court séjour ; 9,6% d'un EHPAD ou d'une maison de retraite médicalisée. (DREES, 2022)

En moyenne, les personnes entrant en EHPAD sont moins dépendantes que ceux y résidant déjà. En effet, les résidents qui ont moins d'un an d'ancienneté dans l'établissement ont majoritairement un GIR côté à 2, 3 ou 4. (DREES, 2022)

Entre les deux dernières enquêtes EHPA réalisées en 2015 et 2019, les résidents au sein des EHPAD sont de plus en plus dépendants : 85% ont un GIR compris entre 1 et 4, et 54% ont un GIR 1 ou 2. (Balavoine & DREES, 2022)

Les résidents sont également de plus en plus âgés : 50% ont plus de 87 ans et 5 mois. Ceci est concordant avec les politiques nationales du maintien à domicile des personnes âgées. De plus, le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie sont plus rapides que le nombre de places en EHPAD, d'où l'arrivée plus tardive des personnes âgées en établissement. (Balavoine & DREES, 2022)

Un enjeu pour le résident comme pour l'institution

L'accueil d'un nouveau résident est complexe aussi bien pour la personne âgée que pour les professionnels de l'institution. « L'absence initiale de repère – aucun des acteurs en présence ne sait ce qu'il peut attendre de l'autre – peut parfois conduire à l'émergence de situations au départ conflictuelles. ». (Dupré-Lévêque, 2011). C'est pourquoi, il semble important de créer du lien entre tous les acteurs qui gravitent ou graviteront auprès de ce nouvel arrivant. L'institution, les proches et la personne âgée doivent comprendre le rôle de chacun, afin d'accompagner au mieux la personne âgée. (Donnio, 2005)

Le moment de l'entrée en EHPAD est un moment clé, et l'échec ou la réussite de cette entrée va conditionner la suite du parcours du résident, de l'institution ou de l'entourage familial. En effet, « Pour la personne âgée, elle est garante d'une qualité de vie. Pour l'institution, elle est assurance que les problèmes spécifiquement gériatriques ne seront pas démesurément aggravés par un vécu délétère de la personne âgée. ». (Fromage et al., 2017)

Conséquences de l'entrée en institution pour les résidents

Choix ou obligation

Le choix de l'entrée en EHPAD se fait le plus souvent lorsqu'il n'y a plus d'autres alternatives envisageables (Billé, 2005). Lorsque la personne a quelques incapacités, ces dernières peuvent être comblées par les aides à domicile et les services à la personne. Mais lorsque la dépendance s'accroît, les services d'aide à domicile ne sont plus suffisants, ce qui conduit la personne en institution (Larger, 2017).

L'entrée en établissement pose la question du consentement. Depuis la loi de 2002, le consentement de la personne est obligatoire avant d'entrer en institution. Cependant, la personne âgée est rarement actrice de la décision d'hébergement en établissement, la décision est souvent prise par les proches. Le contrat de séjour permet à la personne d'être actrice de sa décision. Avant la signature du contrat, il convient de vérifier que la personne est éclairée sur le choix qu'elle doit mener. De plus, la recherche du consentement libre, sans influence par un tiers est nécessaire avant la signature du contrat (Rebourg, 2016).

Rupture

« L'entrée en « institution », représente, a minima, un tournant dans la vie de la personne âgée, souvent un véritable bouleversement, parfois un traumatisme » (Donnio, 2005). C'est ainsi que Donnio définit l'entrée en EHPAD. Cette entrée entraîne un réel changement dans la vie de la personne âgée. C'est une rupture entre son domicile, endroit qu'elle connaît, qui est le gardien d'une histoire de vie, d'habitudes de vie et d'intimité ; et ce nouveau lieu de vie, avec un cadre, des horaires, ... (Donnio, 2005). C'est un réel changement également dans le passage d'un habitat solitaire à un habitat collectif, d'un lieu intime à un lieu impersonnel (Mallon, 2007).

La rupture de l'entrée en établissement n'est pas vécue de la même façon selon chacun. Certains vont apprécier cette rupture dans le sens où elle va permettre d'avoir une stabilité dans l'établissement, de mettre de côté le passé, et de commencer une nouvelle vie avec un nouveau statut. D'autres, en revanche, vont vivre une rupture biographique en même temps que l'entrée en EHPAD, comme un deuil de conjoint, d'enfants, de proches. L'entrée sera souvent rapide, et la personne n'a pas le temps d'intérioriser et d'assimiler qu'elle rentre en EHPAD (Mallon, 2007).

Changement de domicile

Le changement du domicile à l'EHPAD est différent d'un déménagement ordinaire (hors entrée en institution). Lors de l'entrée en EHPAD, la personne quitte son environnement dans lequel elle a habité et où elle avait l'habitude de vivre. Un déménagement nécessite de se projeter dans l'avenir, sur le nombre de pièces, le secteur, ou bien la décoration. La projection vers l'avenir en EHPAD fait penser à un lieu où l'on va probablement y passer ses derniers jours. Lors d'un déménagement, les personnes vont avoir tendance à idéaliser leur futur lieu de vie et désinvestir leur ancien logement. Dans le cas de l'EHPAD, la personne âgée gardera toujours en tête son ancien logement (Larger, 2017). Le changement de domicile et l'entrée en institution n'entraînent pas seulement des changements matériels, mais cela à également un enjeu psychologique et personnel, de « prendre pied dans un autre univers en s'affranchissant de l'ancien » (Fromage et al., 2017). Ce temps d'adaptation est visible auprès des nouveaux résidents, qui demandent à retourner au domicile, refusent de participer aux activités proposées par l'établissement, et sont dans l'attente des visites extérieures (Fromage et al., 2017).

Différences d'occupations entre l'EHPAD et le domicile

Les activités réalisées en EHPAD sont différentes de celles réalisées à domicile. A domicile, en plus de réaliser ses soins personnels de toilette et habillage, il faut également préparer les repas, faire son ménage, s'occuper du linge. En EHPAD, ces activités sont réalisées par le personnel de l'établissement. Selon Larger, « Dans les établissements, un certain nombre de difficultés éprouvées à domicile pour mener sa vie la plus commune n'ont plus cours. Je veux parler ici du fait d'avoir à faire ses courses, à faire sa cuisine, à s'occuper du ménage » (2017, p. 156-157)

Ces activités ont un rapport avec le mode de financement du séjour en établissement : elles correspondent aux variables illustratives de la grille AGGIR. Sans ses activités à réaliser, le résident doit réaliser au minimum les activités décrites comme discriminantes par la grille AGGIR, avec plus ou moins l'aide d'un professionnel de santé de l'EHPAD. Le financement de l'aide apportée par le professionnel correspond au tarif dépendance de l'EHPAD, financé par l'APA. (Larger, 2017). En effet, le tarif de la prestation en EHPAD est divisé en trois parties :

- L'hébergement, identique pour chaque résident ;
- Les soins, pris en charge par l'assurance maladie ;

- La dépendance, en fonction du GIR de la personne. (Services Public et al., 2020)

Habitat collectif

L'EHPAD est un hébergement collectif. Certains auteurs se sont demandés s'il était possible de se sentir chez soi en EHPAD. En effet, l'institution dispose d'un règlement intérieur, avec un rythme de vie imposé. Certes, les soins en EHPAD ne sont pas autant présents qu'en hôpital, mais de par la définition de l'EHPAD, la structure est médicalisée. De plus, l'EHPAD est non seulement un lieu de vie pour les résidents, mais également un lieu de travail pour les professionnels. Les résidents ont, lorsqu'ils ont une chambre individuelle, leur espace propre, leur chez-soi, mais la maison dans laquelle ils vivent est collective. (Charras & Cérèse, 2017)

De plus, les journées en EHPAD sont rythmées selon les « heures des repas, de la toilette, de la prise des médicaments ou du coucher pour ceux qui nécessitent une aide, place dans la salle à manger, etc. » (Dupré-Lévêque, 2011). Les résidents doivent se contraindre et se restreindre à ces horaires, et d'autant plus lorsqu'ils sont dépendants pour la réalisation de certaines activités (Dupré-Lévêque, 2011).

Lieu de fin de vie

L'entrée en EHPAD peut être perçue comme une dernière mise en demeure. Les principales sorties de l'établissement sont des décès : plus de la moitié des sorties sont des décès au sein de l'établissement, et 15,5% sont des décès lors d'une hospitalisation. Les retours à domicile, les changements d'établissements, et plus généralement les ruptures de contrats par le résident, un proche ou l'institution sont moins fréquents (DREES, 2022). Les résidents sont donc régulièrement confrontés à la mort de leurs voisins de chambre ou leur voisin de table. 30% des résidents entrés en EHPAD décèdent dans l'année suivant leur admission. Plusieurs interprétations sont possibles : l'entrée provoque une telle déstabilisation que les personnes ne survivent pas à cet important changement, ou bien que les résidents ont attendu trop longtemps avant d'entrer en EHPAD et l'accompagnement des professionnels arrive trop tard par rapport au moment où il aurait été bénéfique. (Billé, 2005)

L'entrée en EHPAD provoque donc une modification dans les habitudes de vie des personnes âgées. Dans la suite de cet écrit, nous nous demanderons si l'ergothérapeute à sa place pour accompagner les personnes âgées lors de cette entrée.

La place de l'ergothérapeute à l'entrée en EHPAD

L'ergothérapeute en gériatrie

Définition de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical qui intervient sous prescription médicale.

Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, 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.)

L'ergothérapeute exerce en institution ou en libéral, aussi bien pour les personnes à domicile, que les personnes hospitalisées ou hébergées en établissement. Après recueil et analyse des besoins et des souhaits de la personne, l'ergothérapeute intervient sur les champs de la prévention, la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. (CNSA, 2021) Il travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire « peut-être plus que d'autres disciplines, la gériatrie nécessite une approche globale et inter-professionnelle » (Bourrellis & Bazerolles, 2009, p. 59). Ses interventions auprès des personnes âgées peuvent être individuelles ou en binôme avec un autre professionnel. (Bourrellis & Bazerolles, 2009)

L'ergothérapeute en EHPAD

L'enquête EHPA de la DREES en 2019 montre que 1181 ergothérapeutes travaillent au sein d'un EHPAD public, soit 638,3 personnels en ETP, et un taux d'encadrement de 0,22 pour 100 places (DREES, 2022). Selon l'étude menée par l'ANFE en lien avec le CATEL en 2014, sur les 579 ergothérapeutes ayant répondu travailler en EHPAD, 167 déclarent avoir plusieurs activités professionnelles (ANFE & CATEL, 2014).

En juin 2021, le rapport de mission concernant les USLD et l'EHPAD par les Professeurs Jeandel et Guerin recommande un poste d'ergothérapeute en équivalent temps plein pour 80 résidents. (Jeandel & Guerin, 2021)

En EHPAD, comme dans toutes ses missions dans des établissements ou à domicile, l'ergothérapeute va accompagner la personne au mieux dans la réalisation de ses occupations.

Ses missions au sein d'un EHPAD sont donc très diversifiées. Il a un rôle en amont de l'entrée du résident. En effet, « l'ergothérapeute peut intervenir en amont de l'entrée en EHPAD afin d'évaluer les capacités préservées des personnes en tenant compte de leurs habitudes de vie. Cela permet d'accompagner au mieux ce nouveau projet de vie. » (CNSA, 2021). Puis, une fois que la personne est arrivée dans l'établissement, l'ergothérapeute peut intervenir pour le positionnement de la personne âgée, la préconisation d'aides techniques ou humaines. Il peut également réaliser des séances individuelles ou de groupes pour de la réadaptation cognitive ou motrice, la prévention et le traitement du risque de chute, pour « stimuler et entretenir les capacités résiduelles, tant motrices que sensorielles, cognitives et psychoaffectives » (Bourrellis & Bazerolles, 2009, p. 59). Il intervient également auprès des aidants naturels ou professionnels en proposant des conseils, de l'éducation, et de la formation (Villaumé, 2019), notamment autour de la prévention des troubles musculo-squelettiques (Bourrellis & Bazerolles, 2009).

Dans un article de l'EHPA presse, différents ergothérapeutes s'expriment sur leur rôle en EHPAD : Pour Mickaël Briquet, vice-président du Conseil National Professionnel de l'Ergothérapie (CNPE) et membre du conseil d'administration de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG)

En Ehpad, on peut vite oublier que vivre c'est avoir des activités, des occupations. Or, nous, en tant qu'ergothérapeute, c'est notre travail de faire un bilan de la personne dans son environnement afin de mesurer ses capacités restantes pour réaliser des activités qui ont du sens pour elle. L'ergothérapie permet de se demander chaque jour si le projet de vie de la personne est bien respecté, au même titre que le projet de soins. (EHPA Presse, 2022)

Pour Anne Regnacq, ergothérapeute :

Ils ont trop souvent l'image de ceux qui gèrent le matériel et le positionnement. Il faut du temps pour que les équipes et les directions comprennent qu'on est centré sur les occupations et que le positionnement et le matériel n'en sont qu'une partie. C'est tout un accompagnement au changement qu'il faut opérer pour donner de l'autonomie aux ergothérapeutes. (EHPA Presse, 2022)

Lorsque Villaumé évoque le rôle de l'ergothérapeute en gériatrie, il met en garde sur les interventions réalisées par les ergothérapeutes. Dans sa pratique, l'ergothérapeute utilise des mises en situation, pour placer la personne dans un environnement le plus écologique possible, c'est-à-dire le plus proche de la réalité, afin d'améliorer l'indépendance. « Malheureusement la notion d'indépendance du patient âgé est souvent réduite à ses capacités de marche mais elle ne comprend pas ses capacités à réaliser l'ensemble de ses activités quotidiennes (faire sa toilette, cuisiner, aller au marché...) » (Villaumé, 2019).

La revue systématique sur l'intervention d'un ergothérapeute pour l'évolution de la qualité de vie des résidents d'EHPAD montre que les principaux axes du plan d'intervention sont les activités significatives et la qualité de vie, et la promotion du vieillissement actif. En effet, les interventions centrées sur les occupations et les activités significatives ont montré un niveau de preuve élevé (Cristian Uceda Portillo et al., 2022).

L'ergothérapeute a donc un rôle important en EHPAD. Mais les articles laissent sous-entendre que toutes les facettes du métier de l'ergothérapeute ne sont pas mises en œuvre lors de l'accompagnement des résidents en EHPAD. Une pratique centrée sur l'occupation peut-elle être mise en place en EHPAD ?

L'occupation au cœur de la pratique

L'occupation, définition

« L'occupation correspond à un ensemble d'activité qui structure la vie et qui est porteur de sens pour l'individu ou la collectivité, comme l'alimentation, l'éducation, le travail, le jeu ou le repos ». En ergothérapie, l'occupation est à la fois un moyen et un but d'intervention. L'ergothérapeute se base sur les occupations de la personne plutôt que sur ses difficultés. « L'être humain est considéré comme un être occupationnel parce qu'on estime que l'engagement dans des occupations significatives fait partie de ses besoins fondamentaux ». La notion d'engagement occupationnel fait référence au fait que la personne s'engage dans ses occupations de façon active, qu'elle choisit celles qui ont du sens et qu'elle peut s'y investir pour en donner un sens positif (Jasmin, 2019).

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Les ergothérapeutes se basent sur un modèle conceptuel pour avoir un cadre d'intervention structuré qui garantit une intervention de qualité. Des outils d'évaluations spécifiques à chaque modèle permettent d'avoir des résultats fiables et reproductibles.

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) est un modèle conceptuel en ergothérapie élaboré par Kielhofner. C'est un modèle centré sur l'occupation et sur le client.

Le Modèle de l'occupation humaine (MOH) considère que le patient se transforme au fil des interactions avec l'environnement et selon l'interprétation de ses expériences. Ce modèle permet de comprendre l'importance et le processus de l'engagement humain dans l'activité en structurant le recueil de données et la pratique des ergothérapeutes (Villaumé, 2019)

Le MOH est constitué par 3 domaines : l'être, l'agir et le devenir, en interaction permanente. La personne, représentée par l'Être, influence les occupations, désignées par l'Agir. L'Agir a des répercussions sur le Devenir, au niveau des compétences, de l'identité et de l'adaptation. L'environnement englobe et influence chacun de ses domaines. La finalité est alors de faciliter l'adaptation occupationnelle de la personne.

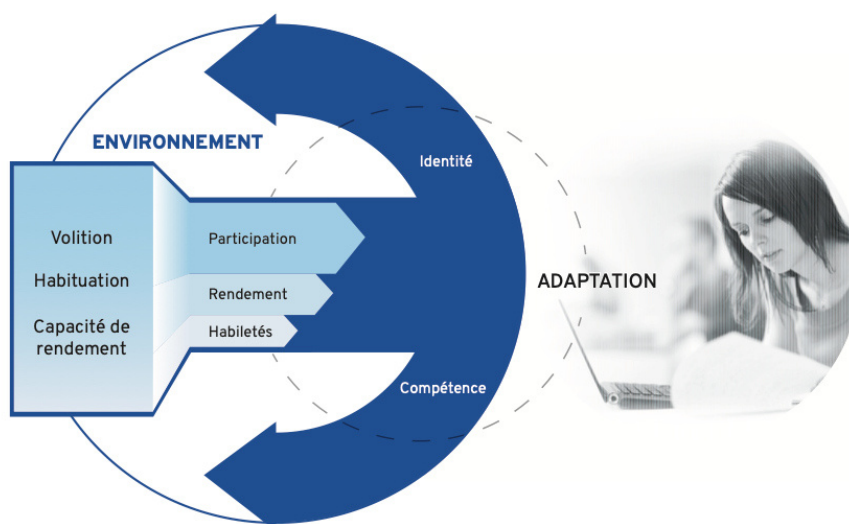


Illustration 1 – Le modèle de l'occupation humaine

Adapté et traduit par Marcoux, C (2017). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R.R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application, (5^e ed.). Wolters and Kluwer.

La transition et la perte occupationnelle

Townsend et Polatajko définissent la transition occupationnelle comme « le déplacement d'une occupation spécifique ou d'un groupe d'occupations, vers une occupation ou un groupe d'occupations autres » (Townsend & Polatajko, 2013). Ils distinguent alors différentes dimensions : le niveau micro, qui correspond à l'arrêt puis le changement d'une occupation ; le niveau méso, plus large qui concerne un changement sur une journée type par exemple ; et le niveau macro, c'est-à-dire un changement de vie. L'entrée en EHPAD peut donc s'apparenter à une transition occupationnelle de niveau macro.

La perte occupationnelle est une sorte de transition occupationnelle, elle correspond à une transition « imposée et imprévue », qui a des répercussions négatives sur la santé et le bien-être. Elle est différente selon si la personne est maître de la situation ou si la situation est subie. (Townsend & Polatajko, 2013)

L'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est défini par un équilibre de l'engagement dans les occupations qui conduit au bien-être. Il se situe entre les occupations physiques, mentales et sociales, mais aussi entre les occupations choisies et les occupations obligatoires, ou bien les occupations fatigantes et les occupations reposantes, ou entre le faire et l'être. (Wilcock cité par Wagman et al., 2012).

En effet, l'équilibre occupationnel correspond à la bonne association entre la quantité et la variation des occupations d'une personne. Il inclut tous les domaines des occupations, à savoir les activités productives, les loisirs, le repos et le sommeil. L'équilibre occupationnel fait appel à la subjectivité de chaque individu, puisque c'est à ce dernier de juger si l'équilibre de ses occupations est adéquat ou s'il y a un déséquilibre (Wagman et al., 2012). Wagman dit que l'équilibre occupationnel dépend de quatre perspectives : la quantité d'implication dans les occupations, la congruence entre les occupations, les valeurs personnelles de la personne et ses objectifs ; la satisfaction des exigences dans les occupations et la compatibilité d'arrangements dans les occupations. (Wagman et al., 2015)

Ce concept d'équilibre occupationnel nécessite d'éclaircir la notion de répertoire occupationnel. En effet, si l'équilibre occupationnel correspond au « bon mélange » des occupations (quantité et variation), l'ergothérapeute, s'il veut intervenir, doit prendre en compte l'ensemble des occupations d'une personne. C'est le répertoire occupationnel. Il ne

suffit pas de s'intéresser spécifiquement à chaque occupation de la personne individuellement mais de prendre en compte de façon explicite l'ensemble des occupations. Le répertoire permet alors aux ergothérapeutes de prendre en compte les situations favorables ou défavorables du répertoire. Plusieurs types de répertoires occupationnels peuvent être décrits : un répertoire occupationnel réduit, un répertoire occupationnel difficile à gérer, ou bien un répertoire occupationnel insatisfaisant lors de grands changements dans la vie de l'individu et les périodes de transition. (Polatajko & Davis, 2010)

Les occupations et le vieillissement

En fonction des personnes, le vieillissement peut être vécu de différentes façons. Pour certaines, il peut se caractériser par la théorie du désengagement, où la personne se détache progressivement et abandonne les activités qu'elle entreprenait auparavant. Pour d'autres, le vieillissement se caractérise par la théorie de l'activité, avec la conservation des activités et des rôles (Aas et al., 2020). Or, les activités et les loisirs réalisés sont bénéfiques pour les personnes âgées, sur leur bien-être général, ainsi que sur la diminution de la dépression. Les études montrent que cet état de bien-être n'est pas lié à la quantité des occupations, mais à leur qualité et la satisfaction des personnes âgées dans la réalisation de l'activité. (Joulain et al., 2010)

Les occupations améliorent la qualité de vie en EHPAD

Une étude a été menée en Norvège afin de voir quel est l'impact de l'équilibre occupationnel sur la qualité de vie des personnes âgées résidants en EHPAD. Il en ressort que la qualité de vie est significativement et positivement liée à l'équilibre occupationnel chez les hommes. En revanche, pour la population féminine, cette signification n'a pas été retrouvée. Les auteurs expliquent plusieurs phénomènes face à ce résultat. Les femmes résidant en EHPAD sont plus nombreuses que les hommes, les activités proposées au sein de l'établissement sont plus adaptées à leurs intérêts. Elles perçoivent moins que leur équilibre occupationnel a un impact positif sur leur qualité de vie. Les hommes n'ayant pas toujours la possibilité de s'engager dans des activités au sein de l'établissement, ils reconnaissent davantage que lorsque la réalisation d'activités significatives n'est pas possible, leur qualité de vie est impactée négativement. (Aas et al., 2020)

Le choix d'activités significantes, avec un défi adapté à la personne, ses besoins et ses demandes permet une amélioration de la perception de la qualité de vie des résidents. L'intervention de l'ergothérapeute pour accompagner la personne âgée peut se baser sur des activités physiques et cognitives. D'après la revue systématique sur l'intervention d'un ergothérapeute pour l'évolution de la qualité de vie des résidents en EHPAD, les activités physiques et cognitives permettent d'améliorer l'état de santé, le bien-être, le fonctionnement physique et cognitif, et ainsi réduire le niveau de dépendance aux activités de la vie quotidienne et la mortalité. (Cristian Uceda Portillo et al., 2022)

Transition des occupations du domicile à l'entrée en EHPAD

Les occupations permettent de donner un sens et de s'engager dans ses activités du quotidien. En EHPAD, les occupations significantes sont garantes d'une qualité de vie. Elles permettent à la personne âgée de maintenir son niveau d'autonomie et d'indépendance. Cependant, l'entrée en EHPAD provoque un bouleversement de l'équilibre occupationnel des personnes âgées, souvent fragiles. Les professionnels travaillant en EHPAD doivent être attentif à l'arrivée d'un nouveau résident, afin que l'entrée et le séjour de la personne âgée se passe bien.

En accordant une place plus grande à la personne, à son histoire de vie, à sa longue vie et à sa fin de vie, les établissements d'accueil pour personnes âgées répondraient plus justement à l'objectif recherché de « qualité de vie ». Ce qui doit, entre autres, passer par une écoute attentive et un accompagnement personnalisé de chacun des résidents. (Dupré-Lévêque, 2011).

L'ergothérapeute, professionnel spécialisé dans l'occupation, semble alors être un acteur privilégié de l'accompagnement de l'entrée en EHPAD. Nous nous demanderons alors, dans la suite de cet écrit, lors de l'entrée de la personne âgée en EHPAD, comment l'ergothérapeute peut avoir un rôle dans le maintien de l'équilibre occupationnel, en plus des missions déjà entreprises au sein de l'EHPAD.

Partie Méthodologie

Objectif de l'étude

La première partie, consacrée à la recherche dans la littérature, a mis en évidence les fondements théoriques à propos des interventions de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD.

Cette partie méthodologique consiste en l'élaboration d'une étude afin de confronter la littérature à la pratique sur le terrain. L'objectif de cette étude est alors d'analyser les interventions de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD et la place accordée aux interventions en ergothérapie au moment de l'arrivée d'un résident en EHPAD, et plus principalement sur l'importance des occupations dans les axes d'interventions de l'ergothérapeute.

Type de recherche

Le type de recherche utilisé pour cette étude sera une recherche exploratoire. Elle est basée sur une méthode de recherche qualitative, grâce à des entretiens individuels. Ce type d'étude permet de recueillir des informations par le discours de la personne interviewée. L'enquête sera effectuée auprès d'un échantillon restreint d'individus, sélectionnés selon des critères spécifiques.

Choix de la population

Pour permettre une cohérence au long de l'étude et que les résultats soient le plus représentatifs possibles, dans la limite de cette étude, les ergothérapeutes interviewés doivent être, ou avoir été, au contact de la population gériatrique au sein d'un EHPAD. Des critères d'inclusions ont ainsi été défini afin de sélectionner les ergothérapeutes participants à l'étude.

- Les ergothérapeutes interviewés doivent être diplômé d'État.
- Ils doivent avoir une expérience de travail en tant qu'ergothérapeute au sein d'un EHPAD de minimum 2 ans dans les 7 dernières années. En effet, la crise sanitaire de la COVID-19 a impacté les conditions de travail des professionnels dans les établissements de santé, et entraîné des glissements de tâches et missions de certains professionnels. Pour pallier à ce biais, l'expérience recueillie ne tiendra pas en compte la période COVID. En revanche, si des changements dans les pratiques ont eu lieu suite à cette crise sanitaire et perdurent, ils seront pris en compte dans l'analyse.

Dans le cadre de ce travail, trois ergothérapeutes ont été interviewé.

Outils d'investigation

La recherche qualitative sera basée sur un entretien de recherche individuel, semi-directif, afin de favoriser le discours de l'interviewé et grâce à une écoute active de l'intervieweur.

Pour réaliser l'entretien de recherche semi-directif, un guide d'entretien a été réalisé (annexe A). Les différents thèmes soulevés par la problématique ont été identifiés. Le premier thème correspond à la présentation du professionnel, son expérience en tant qu'ergothérapeute et son expérience au sein d'EHPAD, afin de vérifier, entre autres, que les critères d'inclusions sont bien respectés. Ensuite, il s'agit de la présentation de l'établissement dans lequel le professionnel travaille et l'organisation de l'entrée en EHPAD pour les nouveaux résidents. Enfin, un intérêt particulier sera porté sur les interventions de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD. Pour finir, la place de l'équilibre occupationnel au sein des missions de l'ergothérapeute en EHPAD sera abordée.

Déroulement de l'investigation

Après avoir réalisé le guide d'entretien, l'investigation s'est poursuivie par la recherche d'ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Pour ce faire, des mails ont été envoyé à des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en EHPAD, en précisant le type de l'étude, les critères d'inclusions et le sujet global de l'étude. Suite à la réponse positive de trois ergothérapeutes, un formulaire de consentement leur a été envoyé, et une date a été convenue pour réaliser l'entretien. Deux des entretiens ont été réalisés en présentiel, dans les structures de travail des ergothérapeutes. Un entretien a été réalisé par téléphone, en raison des indisponibilités respectives de l'interviewer et de l'interviewé aux mêmes horaires pour se rencontrer sur un lieu en présentiel. La visioconférence n'était pas possible car l'ergothérapeute ne disposait pas du matériel nécessaire à la réalisation de celle-ci. L'entretien par téléphone permet, certes, de faciliter l'organisation de l'entretien (lieu, temps de trajet, ...) mais il implique également des désavantages, notamment au niveau de la communication non verbale. Les entretiens ont duré entre 35 et 55 minutes, et se sont déroulé dans de bonnes conditions. Notons tout de même que les entretiens réalisés en présentiel ont été interrompu

à plusieurs reprises, par un professionnel pour l'un, et par deux appels téléphoniques pour l'autre.

Méthodes de traitement et analyse des données

L'objectif de l'analyse consiste à apporter des informations factuelles et fiables sur un sujet, de mettre en lien les informations pertinentes recueillies et de comparer ces données aux connaissances théoriques.

Afin de pouvoir analyser de façon concrète les données recueillies lors des entretiens, ces derniers ont été enregistrés avec un dictaphone. L'ensemble des entretiens ont été retranscrits intégralement et les lignes numérotées pour un repérage plus aisé par la suite.

Cette étude est basée sur une analyse qualitative et une analyse thématique, en fonction des thèmes abordés dans les entretiens avec les trois ergothérapeutes. L'analyse est individuelle puis comparative, entre les différentes pratiques des ergothérapeutes interviewés et par rapport aux éléments trouvés lors de la recherche théorique au sein de la littérature. Pour faciliter l'analyse des différents entretiens, une grille d'analyse des entretiens a été réalisée (annexe B), en fonction de chaque thème abordé lors de l'élaboration du guide d'entretien, et en rapport avec la partie théorique.

Aspects éthiques

Pour permettre l'analyse des résultats recueillis lors des entretiens, ces derniers ont été enregistrés. Afin de garantir l'anonymat des professionnels ayant accepté de participer à l'étude, un formulaire de consentement (annexe C) leur a été adressé par mail, avec un rappel des règles éthiques afin qu'ils puissent prendre une décision libre et éclairée. Les règles consistent en l'anonymat et la non divulgation des retranscriptions hormis au jury, ainsi que la destruction des enregistrements audio à la fin du travail de recherche. Ce premier formulaire correspond au consentement écrit. Au moment de commencer l'entretien, les règles éthiques ont été précisées et la question du consentement leur a été posée à nouveau, avant de mettre en marche l'enregistrement audio, afin de recueillir, en plus du consentement écrit, un consentement oral.

Résultats et Analyse

Contexte de pratique des participants de l'étude

E1 est ergothérapeute depuis 2001, et travaille au sein de l'EHPAD depuis 12 ans. E2 est ergothérapeute depuis 2013, et travaille depuis 9 ans au sein de l'EHPAD. E3 est ergothérapeute depuis 2009 et « **depuis ce temps-là, je travaille en EHPAD** » (E3).

Les trois ergothérapeutes sont tous en temps partiel sur leurs postes, à différentes quotités de travail. E1 travaille à 0,8 Équivalent Temps Plein (ETP) sur l'établissement, et 0,7 ETP sont consacrés à la structure de l'EHPAD. E2 a 1 ETP sur l'établissement, avec 0,5 ETP sur l'EHPAD, et le reste du temps sur l'USLD et l'UHR. E3 travaille sur deux EHPAD différents, à hauteur de 0,4 ETP pour chacun.

Le contexte de pratique de chaque ergothérapeute est différent. En effet, E1 travaille au sein d'une structure avec plusieurs sites géographiques et plusieurs EHPAD différents : « **Donc il y a EHPAD classique [...]. Il y a deux unités d'UVP [...]. Il y a l'unité des * ou là c'est ce qu'on appelle unité spécialisée [...]. Il y a l'unité des * où là historiquement parlant c'est les anciens hospicieux donc c'est pas une EHPAD classique, c'est pas une EHPAD spécialisée ... C'est un peu entre les deux, mais c'est une population plus jeune du coup [...]. Et il y a un accueil de jour où ils sont une quinzaine.** » (E1). E2 travaille au sein d'un EHPAD public « **réaffilié au centre hospitalier [...] il y a plus d'échange, c'est moins isolé qu'un EHPAD classique de province** ». E3 travaille, quant à lui, dans deux EHPAD publics, rattachés au CCAS (centre communal d'action sociale) de la ville.

Les EHPAD dans lesquels les ergothérapeutes travaillent ne disposent pas de la même capacité d'accueil de résident. Effectivement, l'EHPAD dans lequel travaille E1 est composé de plusieurs services avec différentes capacités d'hébergement : « **EHPAD classique, où il y a à peu près euh 95 lits [...] deux unités d'UVP où il y a je crois 14 lits par unités [...] unité spécialisée [...] je crois 54 [...], anciens hospicieux [...] où ils sont une quarantaine** » (E1). L'EHPAD où travaille E2 est composé de « **160 lits répartis sur 5 services** » (E2). E3 travaille dans deux EHPAD, dont l'un « **a été déjà porté à 90 lits, l'autre qui est en instance de faire cette transition de 73 à 90 lits** » (E3).

E2 et E3 sont les seuls ergothérapeutes à intervenir sur les EHPAD dans lesquels ils travaillent, alors que E1 travaille avec un autre ergothérapeute, également avec une quotité de travail de 0,7 ETP, engendrant ainsi une quotité de travail de 1,4 ETP d'ergothérapeute sur l'ensemble de l'EHPAD (comprenant l'EHPAD classique ainsi que les EHPAD spécialisés et UVP). Les ergothérapeutes travaillent au sein d'une équipe pluridisciplinaire, relativement similaire d'après les informations recueillies auprès de E1, E2 et E3. En effet, nous pouvons retrouver des infirmiers, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des psychologues, des diététiciens. E2 précise qu'il y a également un enseignant en activité physique adaptée.

L'entrée en EHPAD

Les professionnels présents au moment de l'entrée en EHPAD

Dans les différents EHPAD, l'entrée est organisée principalement de la même façon. Dans un premier temps, une visite de préadmission est réalisée, par « **la cadre et l'assistante sociale** » pour E1, « **la cadre plus ou moins la psychologue [...] selon leurs disponibilités** » pour E2, et « **la psychologue avec, en général, la directrice ou son adjointe** » pour E3. Ensuite, le résident est accueilli au sein de l'institution par l'équipe soignante, « **l'infirmier et une des aides-soignantes qui est en poste ce jour-là** » (E1). Pour E3, un système de référent est mis en place, « **normalement, c'est un binôme infirmier, aide-soignant. Voilà, mais ça peut exceptionnellement être un infirmier avec un membre du personnel paramédical plus qualifié, type ergothérapeute** » (E3). E2 ajoute que la personne qui arrive « **est vue par un médecin le jour de son arrivée** » (E2).

Des résidents aux profils variés

Les trois ergothérapeutes interrogés sont d'accord sur le fait que « **les entrées se font tendanciellement avec plus de dépendance** » (E3). Aussi, les profils des résidents sont très différents au sein d'un même établissement, « **ce sont des EHPAD qui accueillent une population générale, tout profil confondu** » (E3), « **c'est un peu melting-pot sur les profils de gens accueillis** » (E1). E1 note une augmentation de « **personnes plus jeunes, mais post SSR, c'est-à-dire avec un gros handicap physique** » (E1). E2 évoque également que « **la majorité** »

ont des gros troubles physiques et une grosse dépendance motrice » (E2). E1 note cependant qu'il y a aussi « des gens de grand-grand âge, 95 ans voir plus, où là il y a des gros troubles cognitifs et le maintien à domicile n'est plus possibles à cause de ça » (E1). E3 et E2 ajoutent qu'il y a une « petite partie de plus en plus importante [...] qui sont valides fonctionnellement mais qui ont des troubles psychiatriques qui ont besoin d'être canalisés » (E2).

Un vécu de l'entrée en institution variable selon les résidents

L'entrée en institution entraîne un changement dans les habitudes de vie des personnes, une « *perte de repère* » (E1). Selon E3, « *on considère qu'il faut deux mois pour s'adapter au contexte de l'EHPAD* » (E3). E2 précise également qu'« *il y a un petit temps d'adaptation qui se fait* » (E2).

Chacun des ergothérapeutes interrogés évoquent des éléments qui peuvent faire obstacles au bon déroulement de l'entrée en EHPAD, pour l'adaptation du résident. Pour E1 et E2, c'est la « *notion de collectivité* » (E1) et du « *rythme qui est imposé* » (E1) qui peut être un frein à la bonne installation du résident : « *il y a beaucoup de personnes qui ont du mal aussi avec les ... le cadre [...] d'avoir des horaires précis pour le lever, pour le repas, pour ... d'être pas assez libre de choisir quand est-ce qu'ils veulent manger, si ... 'fin voilà. Le fait de vivre en institution fait qu'il y a des horaires, pour que le système tourne il y a un fonctionnement et c'est difficile pour certaines personnes aussi* » (E2). E1 exprime que les résidents « *ont l'impression de s'ennuyer. Un peu comme si ils étaient hors temps. Parce qu'ils ont plus rien à gérer, en fait, c'est-à-dire quand ils étaient chez eux, pour ceux qui pouvaient, ils avaient encore à gérer le fait de s'habiller, même si ils avaient des aides, etc. Le fait de devoir se laver, de faire à manger, enfin voilà. Là, en fait, c'est comme si on leur enlevait un petit peu tout* » (E1).

E2 et E3 décrivent également que « *ce qui peut être difficile, c'est par exemple, d'être confronté au spectacle de la dépendance d'autres résidents* » (E3). En effet, selon E2, la difficulté résulte de « *la cohabitation avec les personnes dépendantes toute la journée qui fait miroir et qui renvoie la personne à sa propre dépendance* » (E2). E1 ajoute que c'est le fait que la personne se rend compte de sa propre dépendance, « *c'est le fait qu'il se dise [...] qu'il est dépendant de tout* » (E1), et qu'il est dans son « *dernier lieu de vie* » (E1).

Mais E1, E2 et E3 font également apparaître des éléments facilitateurs à l'arrivée du résident. La notion de lieu de vie est importante pour E1, « **de se dire que c'est un lieu de vie et essayer de laisser un maximum de liberté** » (E1). E2 et E3 évoquent tout deux l'importance des équipes : « **tout dépend de la qualité humaine de l'accueil aussi ça peut aussi beaucoup apaiser les choses. Tout dépend de la personne qui accueille nos résidents** » (E3), « **c'est les équipes qui se présentent, les gens sont bienvenus, on essaye de prendre soin, de passer du temps à écouter à l'arrivée** » (E2). Il est également important que « **le résident se sente attendu** » (E3).

La mise en place du projet personnalisé

Les projets personnalisés ne sont pas appelés de la même façon selon les EHPAD : « **PPI [projet personnalisé individualisé]** » (E1), « **synthèse** » (E2) ou « **projets d'accompagnements personnalisés, [...] les PAP** » (E3).

Les projets personnalisés ne sont pas réalisés par les mêmes professionnels en fonction des établissements dans lesquels les ergothérapeutes interrogés interviennent. En effet, pour E1, « **c'est le cadre avec les gens de l'équipe au moment du temps de relève, de grande relève** » (E1), c'est-à-dire un temps où ergothérapeutes, médecin coordonnateur et psychologues sont présents. Pour E2 et E3, c'est « **la psychologue qui s'occupe de dresser les projets d'accompagnement personnalisé** » (E3). E2 explique que les synthèses ressemblent aux projets personnalisés, « **même si le résident, du coup, n'est pas au cœur du projet [...] pour essayer de prendre du recul sur la situation** » (E2). E3 précise également que « **le résident a juste été interrogé par l'aide-soignante** » mais « **le résident en question [...] n'est pas présent** » (E3).

E1 et E2 rapportent que le projet personnalisé « **n'est pas fait dès l'entrée** » (E1). En effet pour E2, « **c'est quelque chose d'assez nouveau aussi, qui essaye de se mettre en place petit à petit** » (E2) car les projets personnalisés ont été interrompu avec le COVID puis remplacé par les synthèses. De plus, ils ne sont pas faits dans tous les services, « **il y a 3 services pour lequel ça ne se fait pas** », en fonction du médecin coordonnateur (E2).

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire qu'ils sont inclus si ce sont des résidents qu'ils ont en charge. E1 rapporte qu'elle n'est « **pas forcément convié mais en tout cas**

interrogé à l'avance ». E3 fait remarquer qu'il « *rajoute aussi [ses] éléments à transmettre [...] par mail* »

Les interventions de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD

Les ergothérapeutes évoquent différentes missions dont ils ont la charge au sein de l'EHPAD. Afin de faciliter la comparaison de leurs missions, elles ont été regroupées en fonction du public auquel elles s'adressent.

Les missions de l'ergothérapeute en EHPAD

Les missions autour du résident

Concernant les missions autour du résident, les ergothérapeutes affirment avoir des axes d'interventions sur « *l'installation et le confort des résidents* » (E3). E2 précise par exemple « *installation au lit, c'est des mousses des choses comme ça* » (E2). Pour E1, ceci passe par une « *évaluation de l'environnement de la personne par rapport à la chambre, à l'installation* » (E1).

Les trois ergothérapeutes expriment également un axe d'intervention sur la rééducation et la réadaptation motrice qui se traduit pour E1 par un « *entretien de la mobilité, amélioration de l'équilibre, travail sur les relevés du sol suite à des chutes. Après il y a aussi tout ce qui est le travail des transferts* » (E1). Pour E2, il s'agit de « *prises en charge au long court* » (E2), de « *mobilisations passives, entretiens des amplitudes articulaires des membres supérieur, entretien des capacités aux transferts, très souvent on travaille la marche et l'équilibre mais c'est surtout pour la capacité à réaliser les transferts et l'endurance, euh travail du membre supérieur de temps en temps* » (E2). E3 rapporte une « *stimulation motrice [par] de la marche accompagnée ou de la verticalisation* » (E3) ainsi que « *la prévention des chutes* » (E3).

Pour E1, il y a également la sphère cognitive, « *travail cognitif avec des activités, un peu, on va dire de la vie quotidienne, enfin on travaille des fois autour de ... de jeux de sociétés* » (E1). L'aspect cognitif est cependant moins mis en avant par les deux autres ergothérapeutes. E3 exprime qu'il n'a « *pas beaucoup de temps* » (E3) et qu'il privilégie « *à faire prendre des repères* » (E3). E2, quant à lui, dit avoir « *des prises en charge individuelles sur le cognitif mais c'est quand je lie avec d'autres choses à côté* » (E2).

E1 et E2 évoquent également des prises en charge de groupe avec notamment « **un groupe de stimulation cognitive** » pour E2, et en fonction « **des besoins de la personne** » pour E1.

En ce qui concerne les évaluations, E1 évoque faire des « **évaluations toilette/habillage ou déplacements** » (E1), E2 réalise des bilans cognitifs lorsqu'ils sont « **prescrits par les médecins** » (E2). E3 n'évoque pas d'évaluations au cours de l'entretien.

Les missions autour des professionnels

Les trois ergothérapeutes rapportent également des axes d'interventions autour de l'information et de la formation aux autres professionnels. Pour E2, « **y'a le côté formations aux équipes qui est très important pour moi, en plus du travail avec les patients directement** » (E2). Les informations transmises abordent différentes thématiques. Pour E1 et E3, il s'agit « **d'informations et de formations du personnel par rapport aux matériels** » (E1). E3 précise qu'il s'axe sur « **l'ergonomie du travail soignant** » (E3) et notamment sur le « **matériel de manutention** » (E3). E2 a un rôle sur « **la bonne installation du patient** » (E2) ainsi que sur les transferts, « **l'autonomie au transfert, comment se servir d'un guidon comme il faut, comment repérer quand la personne a du mal à faire ses transferts, comment me solliciter au bon moment** » (E2). E1 évoque aussi l'information « **par rapport aux troubles de certaines personnes, parce que les équipes, des fois, ne connaissent pas forcément tous les troubles** » (E1).

Les autres missions

E1, E2 et E3 expriment aussi des missions autour de la gestion de matériel. Pour E1, cela se traduit par le « **choix, entretien, maintenance du matériel** » (E1). Et par matériel, E1 entend « **petites aides techniques, aides à la marche, fauteuils roulants, matelas, [...] gros matériel un peu plus spécifique** » (E1). E2 « **gère tout le matériel, ce qui est fauteuils roulants, à la fois l'entretien du parc, la mise à disposition, les petites réparations** » (E2). E3 évoque également la gestion des locations de fauteuils roulants confort.

E2 ajoute aussi qu'« **il y a tout cet aspect institutionnel que ... je tiens à donner mon avis et apporter mon expertise sur les décisions prises par la direction, les cadres, l'établissement** » (E2).

Les missions qu'ils aimeraient développer ou remettre en place

Les ergothérapeutes évoquent tous les trois d'autres axes d'interventions, qu'ils aimeraient mettre ou remettre en place. Ces axes d'interventions sont très différents pour chacun des ergothérapeutes, même s'ils ont en commun des interventions auprès des résidents. Pour E1, il s'agit de « **stimuler un petit peu les fonctions cognitives** » (E1), elle indique que « **ça a été fait par exemple des groupes avec la psychologue [...] je ne le fais plus par manque de temps** » (E1). Pour E2, ce serait des interventions « **pour les inciter à la vie extérieure, à sortir, ils sont pas cantonnées à l'EHPAD** » (E2). L'obstacle à la mise en place de cet axe d'intervention est que « **ça prend plus de temps, ça bloque presque une demi-journée** » (E2). Pour E3, il s'agirait plutôt d'action « **sur la fin de vie** » (E3).

L'adressage des patients

E1, E2 et E3 s'accordent à dire qu'ils interviennent en amont de l'entrée de tous les résidents, afin de préparer le matériel nécessaire pour le résident, à savoir « **fauteuil roulant, déambulateur** » (E2), et pour E1 et E3 « **s'il faut un matelas à air** » (E1), lorsqu'ils ont les informations nécessaires pour le préparer. Ils rapportent également qu'ils vérifient ensuite « **si le matériel que j'ai prêté est adapté, si il y a des réglages à faire** » (E2).

E2 précise qu'il effectue, peu de temps après l'admission, « **un petit bilan d'entrée, savoir si on se fixe des objectifs** » (E2). Au contraire, E1 exprime « **essayer de passer juste pour dire bonjour, [se] présenter, mais on ne fait pas d'évaluation systématique de la personne** » (E1). E3 relève également que « **en tant qu'ergothérapeute, une des questions que je me pose tout de suite c'est la capacité de communication avec l'extérieur** » (E3).

Les trois ergothérapeutes rapportent qu'il n'est pas possible de « **prendre tout le monde** » (E3). Le choix des résidents vu par l'ergothérapeute se fait alors principalement en lien avec les équipes. E3 précise que « **ça s'impose assez naturellement, notamment en relève** » (E3). Pour E1, les équipes guident la décision mais pas seulement, « **parce que quand la personne arrive, on a un dossier informatisé, qui s'appelle Netsoin où on a des éléments de vie et d'antécédents de la personne. Donc, on essaye, en tout cas, d'aller voir un petit peu ce pourquoi il vient, son histoire de vie, tout ça. Et en fonction de ce pourquoi elle est là, on a un peu de nous qui pourront aussi décider, si on est estime qu'il y a besoin d'aller voir la**

personne, en lien avec le médecin, bien sûr » (E1). E2 ne voit pas « les gens qui sont très autonomes physiquement, je les vois passer dans le couloir, je vais pas trop m'attarder avec eux, je sais qu'il n'y aura pas trop d'intérêt » (E2). E3 évoque privilégier « les résidents qui ont encore de bonnes capacités cognitives » (E3). E1 fait également remarquer que le suivi ne commence pas spécialement dès l'entrée du résident, « mais par exemple, un mois après, parce qu'on a appris à la connaître un peu mieux, et on voit que c'est compliqué [...] en lien avec les équipes aussi quand on connaît la personne un peu mieux, etc. » (E1).

L'utilisation d'un modèle d'intervention

Les ergothérapeutes interrogés disent tous ne pas avoir un modèle conceptuel pour leurs interventions. E1 précise qu'elle ne les connaît pas, « *on abordait pas ce genre de chose [à l'école]* » (E1). E2 remarque que « *ça pourrait m'aider à ne pas oublier certaines choses, mais j'ai pas, j'ai jamais pris le temps de me poser sur un modèle et de l'appliquer sur ce que je fais au quotidien* » (E2). E3 affirme qu'il a « *toujours en tête le schéma rééducation, réinsertion, réadaptation par exemple, mais je n'utilise pas de modèles conceptuels à proprement parler* » (E3).

L'équilibre occupationnel

La non connaissance de ce concept

Pour E1 et E3, le concept d'équilibre occupationnel n'est pas connu, mais ils sont en accord avec la définition donnée : « *je n'avais pas entendu parler de ce concept, mais la définition, en tout cas je trouve, me correspond bien* » (E1) ; « *je n'avais pas encore entendu l'expression d'équilibre occupationnel mais je suis d'accord avec la description* » (E3). E2 évoque en « *avoir déjà entendu parler, je pense dans ma formation, mais pas depuis* » (E2).

L'équilibre occupationnel pratiqué au sein de l'EHPAD

Les ergothérapeutes ne connaissent pas le concept de l'équilibre occupationnel. Néanmoins, suite à la définition donnée lors de l'entretien, ils ont su donner des informations sur le respect de l'équilibre occupationnel au sein de l'EHPAD.

Dès l'entrée du résident, E2 et E3 affirment que les professionnels de l'EHPAD s'intéressent aux occupations du résident. Dans l'EHPAD où travaille E3, c'est l'ergothérapeute qui s'« **occupe aussi de s'avoir quels sont les loisirs de la personne** » (E3). Concernant E2, ce recueil d'information est réalisé lors de l'entretien de pré-admission. En effet, « **les cadres et les psychos ont un paragraphe important sur quelles étaient les choses que la personne aimait, quelles étaient ses hobbies, ses habitudes, qu'est-ce qu'il prenait plaisir à faire, pour savoir qu'est-ce qu'on pourra essayer de remettre en place sur l'EHPAD, ou modifier pour lui rappeler ces habitudes là ou lui rappeler ces choses-là** » (E2).

E2 exprime qu'il s'intéresse aux habitudes qui ont du sens pour le résident. Pour cela, E2 « **essaye de repérer ce qui la motive et une fois que j'ai le fil de ce qui les motive, c'est sûr que c'est plus facile pour les séances, quelque chose qui leur tient à cœur et qui ... je sais plus quel mot tu as employé ... mais qui donne du sens** ». Il précise également que « **c'est le cœur aussi du métier de voir quelque chose, une activité qui a du sens, parce qu'on a trop souvent tendance à être dans l'analytique, sur la mobilisation passive ou travailler l'actif-aidé** » (E2).

E1 et E3 s'accordent sur l'importance du choix et du sentiment d'utilité. Pour E1, il est important de « **toujours leurs laisser la notion de choix et de décider pour eux-mêmes, chose qu'ils ont presque plus, en fait, en structure, en lieu de vie** » (E1). E1 ajoute que de laisser faire les résidents permet de « **répondre à un sentiment d'utilité** » (E1). E3 complète ceci, en disant que le « **résident [...] serait apaisé par un sentiment d'utilité** »

Au sein des établissements, plusieurs actions sont ainsi mises en place. Par exemple, dans l'établissement de E1, « **on a eu des idées, en particulier autour du repas, par exemple, prendre des gens qui peuvent aider à mettre la table pour les maitresses de maison. Ensuite, les gens qui peuvent aider à remplir les pots d'eau pour le tour de boisson. Enfin, on a pensé des petites actions comme ça, qui peuvent être balisées en fonction de certains temps de la journée et qui peuvent être fait en lien avec les agents, sans que ça prenne plus de temps** » Parallèlement, dans l'EHPAD où travail E3, « **on propose à certains résidents certaines tâches comme ... il y a une résidente qui met le couvert par exemple. Ailleurs c'est une résidente qui s'occupe d'arroser les plantes** » (E3). Pour E2, ce sont par exemple les habitudes au niveau des soins personnels qui sont prises en compte. Il rapporte : « **et aussi pour la toilette. On se**

base beaucoup sur les habitudes. Pour la personne prendre une douche, un bain, on est dans la campagne ou les gens parfois ils n'avaient jamais pris de douche, il faisait la toilette au lavabo donc c'est pas maintenant qu'ils vont en prendre une. » (E2). E3 évoque également des actions qu'il a pu mettre en place directement, en tant qu'ergothérapeute : *« ça m'est arrivé de faire des adaptations type plus pupitre de lecture, par exemple, pour une personne qui aime lire. Pour une personne qui a une DMLA, mettre des éclairages plus adaptés, etc »*

E2 et E3 évoquent que les occupations sont importantes, et *« que les loisirs sont fondamentaux »* (E3). Ils abordent notamment le fait que l'état général du résident peut s'altérer si on ne prend pas en compte ses besoins et habitudes : *« sans ça, il y a un phénomène de glissement qui peut se conduire, ça c'est vrai »* (E3) ; *« il va faire un syndrome dépressif, et un syndrome de glissement, fin il va se laisser mourir, parce que ça lui plaira pas son quotidien »* (E2).

Mais E2 rappelle notamment son rôle d'ergothérapeute, et que *« je ne suis pas animateur non plus, il faut qu'il y ait un objectif fonctionnel »* (E2). E1 se questionne sur sa pratique et son rôle : *« Il y a des fois, je me questionne un peu si c'est bien de l'ergo ou pas. Si, c'est vraiment mon rôle d'ergo et tout. Mais dans ces cas-là, je me dis, ben, le résident, il est quand même au centre de ce qu'on fait, tant que c'est bon pour le résident, et bien, tant mieux j'ai envie de dire »* (E1).

Les obstacles et facilitateurs de cette mise en place

Les ergothérapeutes expriment des obstacles au développement d'axes d'interventions sur l'équilibre occupationnel au sein de leur pratique en EHPAD. E2 et E3 s'accordent pour dire que le temps est une entrave à la réalisation. En effet, pour E2, *« j'ai beaucoup trop de résident pour prendre le temps »* (E2). E3 rajoute *« si j'avais plus de temps, je m'occuperais effectivement beaucoup plus de ça »* (E3).

Des contraintes liées à la structure de l'EHPAD peuvent limiter le développement de ces actions. Pour E1, *« on ne fait pas d'atelier comme ça, de mise en situation écologique on va dire, on ne fait pas trop, mais par choix, parce que c'est de plus en plus compliqué, d'un point de vue hygiène, mise en place, enfin d'atelier de ce type là c'est de plus en plus compliqué. »*

(E1). Pour E2, cela correspond aux espaces disponibles, « *j'ai pas de cuisine thérapeutique sur l'EHPAD, je peux pas ... Je reste assez limité* » (E2).

Les ergothérapeutes rapportent que les équipes peuvent parfois être un frein dans cette mise en place. « *en EHPAD, ce qu'il se passe des fois, c'est que ça arrange les équipes, la dépendance arrange les soignants* » (E3). E1 a noté la même chose « *ce n'est pas jeter la pierre sur les équipes mais souvent ils croient bien faire en faisant à la place d'eux. Ils oublient des fois qu'ils peuvent faire des choses* » (E1). E3 évoque que « *faire participer les résidents, ça fait partie du cahier des charges de l'EHPAD* », cependant il soutient le fait que « *c'est pas toujours fait parce que le personnel à une conception [...] un peu étroite de son rôle* » (E3), et qu' « *ils ne se mettent pas vraiment à la place du résident* » (E3). Pour E2, c'est également le cas, il dit que « *savoir se mettre au rythme de la personne c'est difficile aussi pour les équipes* » (E2). E3 souligne que « *nous avons aussi à ne pas céder à des solutions de facilité qui sont strictement organiques, strictement soignantes, qui sont uniquement là pour faciliter le travail des soignants* »

L'ergothérapeute a donc toute sa place dans la mise en œuvre de cet axe d'intervention. En effet, E3 rapporte que « *nous sommes en première loge pour ça* ». Les équipes ont alors un rôle important auprès du résident, c'est ce que E2 met en valeur : « *des équipes, sur les EHPAD, c'est un rôle, comme je te le disais tout à l'heure, pour moi c'est essentiel, si on veut que le résident soit bien, les équipes sont là au quotidien, nous on est là que temporairement, sur des petites séances, un petit moment* » (E2). Pour E1, « *je pense que en tant qu'ergo, toute seule dans mon coin ça aurait été compliqué si il n'y avait pas d'autres personnes qui portent ce message* » (E1).

E1 évoque une formation qui a eu lieu sur l'établissement, la formation « *Montessori adapté aux personnes âgées* » (E1). Cette formation est pour E1 un levier. En effet, E1 rapporte que « *ça m'a pas apporté quelque chose cette formation dans le sens où ça parle de « apprend moi à faire seul » pour la personne, d'accord, mais pour moi, c'est notre métier de base d'ergo* » (E1). Mais cette formation dispensée à plusieurs membres de l'équipe permet qu'elle ne soit « *pas la seule à avoir entendu ce message* » (E1), et elle « *espère en tout cas que ça peut faire changer certaines mentalités* » (E1).

E2 évoque avoir essayé de s'adapter à certains résidents, en fonction des activités qui ont un sens pour la personne. Cependant, il rapporte : « ***j'ai essayé de prendre quelque chose qui leur plaisait avant je sais que ça allait marcher et en fait grosse déception, parce qu'ils ont plus envie, à la fois ça les met en échec et ils se rendent compte qu'ils peuvent plus, et à la fois c'était peut-être une envie passagère qui leur a pas plus, ou alors que dans l'activité, c'était peut-être pas l'activité en elle-même qui leur plaisait mais le lieu où il l'a faisait, le contexte, le gens qui étaient autour d'eux, qu'ils n'ont plus là*** » (E2). Il ajoute ensuite « ***et même quelque chose qui pouvait ne pas leur plaire avant c'est peut-être quelque chose qu'ils ont investi maintenant*** » (E2).

Discussion

Interprétation des résultats par rapport à la littérature

Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD

Le rapport Jeandel et Guerin préconise un équivalent temps plein d'ergothérapie pour 80 résidents. En réalité, sur le terrain, les ergothérapeutes n'ont pas une quotité de travail d'un équivalent temps plein, et le nombre de résident est supérieur à 80.

E1	217 résidents	1,4 ETP (2 ergothérapeutes à 0,7 ETP)
E2	160 résidents	0,5 ETP
E3	90 résidents	0,4 ETP

Ceci pose une limite sur les actions que les ergothérapeutes peuvent mettre en place : la proportion du temps de travail par rapport au nombre de résident est très différente entre les préconisations théoriques et la réalité sur le terrain.

Les missions de l'ergothérapeute s'inscrivent donc en fonction de leur temps de travail disponible au sein de l'établissement. En effet, chacun des ergothérapeutes ayant participé à l'étude affirme avoir créé sa fiche de poste selon les missions qu'il réalise au quotidien.

Un travail direct auprès des patients

Les principales missions de l'ergothérapeute en EHPAD sont des missions autour du résident, de son installation et de la préconisation d'aides techniques. Cependant, les ergothérapeutes ne peuvent pas se permettre de voir tous les résidents, et ils doivent alors faire des choix par rapport aux patients à prendre en charge. Ils sont présents systématiquement en amont de l'entrée du résident pour la préparation du matériel nécessaire, puis sont en lien ensuite avec les équipes si elles remarquent des besoins particuliers pour certains résidents. Car, en effet, en lien avec la littérature, il n'y a pas un seul type de résident mais des êtres humains avec des caractéristiques variées, propres à chacun, avec des signes de l'avancée en âge qui n'apparaissent pas au même moment.

Cependant, d'autres missions étaient décrites dans la littérature concernant la pratique des ergothérapeutes en EHPAD. En effet, si la CNSA précise que l'ergothérapeute a un rôle en amont de l'entrée en EHPAD pour apprendre à connaître le futur résident sur ses habitudes et ses valeurs (CNSA, 2021) ; les ergothérapeutes expriment intervenir en amont uniquement pour préparer le matériel nécessaire à l'installation du résident dans sa chambre. Aussi, la théorie propose l'utilisation de mises en situation écologique pour placer le résident au plus proche de la réalité (Villaumé, 2019). Or, en pratique, les ergothérapeutes évoquent des limites aux mises en situation écologiques, par exemple, l'absence de lieu (E2) ou les protocoles de l'établissement (E1) ne permettant pas de mettre en place ces mises en situation. De plus, alors que les auteurs décrivent des missions auprès du résidents sur les capacités motrices, sensorielles et cognitives (Bourrellis & Bazerolles, 2009), les ergothérapeutes évoquent, certes, des prises en charge sur la motricité, mais peu de prises en charge sur le versant cognitif, et n'expriment pas d'axes sur les interventions sensorielles.

Un travail indirect, grâce à la formation des équipes

Les ergothérapeutes consacrent également un temps assez conséquent de formation et d'information auprès des professionnels de la structure. Ceci est peut-être en lien avec leur temps réduit au sein de la structure. Par ces temps de formation et d'information, ils peuvent transmettre leurs connaissances aux membres de l'équipe afin d'appliquer plus fréquemment ce que l'ergothérapeute fait sur un temps réduit avec le résident. De plus, la transmission des informations ne se fait pas que dans le sens ergothérapeute aux équipes mais également des équipes à l'ergothérapeute. En effet, les équipes sont en lien avec l'ergothérapeute, car elles sont auprès du résident au quotidien, et peuvent voir en temps réel les difficultés et besoins du résident et si ce dernier peut nécessiter d'une prise en charge en ergothérapie. Ceci implique, en outre, que les équipes soient sensibilisées au champ d'intervention de l'ergothérapeute.

L'occupation et l'équilibre occupationnel

Un déséquilibre occupationnel remarqué à l'entrée en EHPAD

Dans la théorie, l'ergothérapeute est considéré comme un acteur principal des sciences de l'occupation. En pratique, les ergothérapeutes ne se focalisent pas toujours sur les occupations qui ont un sens pour la personne. Une des raisons peut être qu'aucun des ergothérapeutes ayant participé à l'étude ne se base sur un modèle conceptuel pour ses interventions. L'ergothérapeute a un rôle à jouer sur l'équilibre occupationnel du résident. Cependant, les ergothérapeutes interrogés ne connaissent pas ce concept. Après leur avoir donné la définition, ils expriment que l'équilibre occupationnel du résident est parfois pris en compte dans les EHPAD. Ils sont d'accord pour dire que les résidents ont un déséquilibre occupationnel lorsqu'ils arrivent en EHPAD, car comme évoqué par Larger, les occupations ne sont plus les mêmes, ils n'ont pas besoin de cuisiner, faire les courses, faire le ménage (2017). En effet, l'entrée en institution représente pour le nouvel arrivant un changement des habitudes de vie. La personne âgée quitte son chez-soi et se retrouve dans un lieu collectif, où le cadre et les horaires lui sont imposés, où elle n'a plus rien à faire ou à gérer.

Des questionnements sur les occupations du résident

Les ergothérapeutes interrogés tentent de questionner le résident sur ses habitudes de vie ou les occupations qui ont un sens. Parfois, ils peuvent être amenés à questionner les proches du résident. Cependant, un des ergothérapeutes fait remarquer que les occupations qui avaient un sens pour eux avant n'en n'ont pas forcément au sein de l'EHPAD, qu'ils n'investissent pas leur temps libre et leurs occupations de la même façon qu'ils pourraient le faire à domicile. D'après la théorie, les objectifs et souhaits de la personne sont écrits dans le projet personnalisé, qui doit être écrit dans les deux mois suivant l'arrivée du résident. Or, les ergothérapeutes indiquent que les projets personnalisés ne sont pas toujours réalisés, qu'ils ne sont pas écrits dès l'entrée du résident et que le résident n'est pas mis au cœur de ce projet. Ceci peut également être en lien avec des résidents qui arrivent en EHPAD plus dépendants que plusieurs années auparavant. Les participants de l'étude n'ont pas idée de la diminution du GIR moyen des résidents, donc l'analyse et la comparaison entre la théorie et la pratique reste subjective, mais les ergothérapeutes décrivent de nouveaux profils entrants, avec une dépendance physique plus importante. Mais l'espérance de vie augmente et la population est

vieillissante, ce qui entraîne une mixité des populations en EHPAD avec des résidents plus âgés, avec des troubles cognitifs principalement. Il est imaginable que les personnes âgées ne soient pas en capacité de réaliser seules les occupations auxquels elles portent un sens, du fait de leur dépendance. De même, les personnes âgées présentant un profil avec des troubles cognitifs ne peuvent pas exprimer les occupations qui ont un sens pour elles.

Des freins à la mise en place d'action sur l'équilibre occupationnel du résident par l'ergothérapeute

Les participants de l'étude évoquent des limites à ajouter cet axe sur l'équilibre occupationnel dans leurs interventions, qui n'étaient pas ressortis dans la littérature. Le manque de temps est un enjeu crucial. En effet, la présence effective de l'ergothérapeute sur l'EHPAD par rapport aux missions qui lui sont demandées ne leur permettent pas de se consacrer à l'équilibre occupationnel de chaque résident. Ainsi, ils évoquent que plusieurs actions sont ou peuvent être mise en place par les équipes au sein de l'établissement. En effet, les équipes sont présentes au quotidien auprès des résidents alors que l'ergothérapeute est présent sur un temps réduit, et ne voit pas tous les résidents. L'ergothérapeute peut, grâce à l'évaluation des capacités du résident, leur proposer de participer et de réaliser certaines occupations, tout en étant accompagné par un membre de l'équipe. Cependant, les ergothérapeutes évoquent des freins pour les équipes. En effet, au sein des EHPAD, les équipes ont beaucoup de roulement, de changement, avec de plus en plus de personnels intérimaires qui interviennent ponctuellement. De plus, les équipes soignantes disposent de peu de temps auprès des résidents. Cela leur impliquerait de laisser de l'autonomie au résident, de leur laisser le temps de réaliser la tâche seul et de répéter plusieurs fois les choses. Elles ne sont pas, non plus, sensibilisées à tous ces concepts. Une collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes pourrait peut-être permettre de se pencher davantage sur l'équilibre occupationnel du résident. Une prise en compte dès l'entrée du résident pourrait être d'autant plus bénéfique pour ce dernier, qui accepterait mieux son changement de domicile et son entrée en institution.

Intérêts et limites de l'étude

Cette étude a permis d'analyser les interventions de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD, et de se focaliser sur l'entrée en EHPAD, et la façon dont l'ergothérapeute rentre dans le processus de soin du résident, ainsi que l'importance de la prise en compte des occupations du résident par l'ergothérapeute.

Cette étude, et notamment les concepts liés aux occupations et à l'équilibre occupationnel sont tirés de la littérature étrangère. Il est possible que ces concepts ne soient pas exactement similaires en France, et que les transpositions entre la France et les pays étrangers ne soient pas possibles. D'autre part, les ergothérapeutes interrogés ne semblaient pas connaître ce concept, il aurait pu être intéressant de leur en parler en amont de l'entretien, afin de leur laisser le temps de se l'approprier.

Il semble également intéressant de se questionner sur le type d'établissement dans lesquels les ergothérapeutes travaillent. En effet, pour les trois participants à l'étude, il s'agit d'établissements publics. Une pratique au sein d'un établissement privé est-elle différente d'une pratique en établissement public ?

De plus, cette étude est restreinte par les limites temporelles et méthodologiques qui sont imposées. Seulement trois ergothérapeutes ont été interrogés. Un autre type de recherche aurait pu permettre de recueillir des réponses d'un panel plus large de professionnels travaillant au sein d'un EHPAD. Cette étude met aussi au centre le résident dans la prise en charge en ergothérapie. Avoir le ressenti de résidents aurait pu être bénéfique pour compléter cette étude. Cependant, la loi Jardé nous limite sur ce point, afin de recueillir également le point de vue des résidents sur ce sujet qui les concerne en premier lieu.

Néanmoins, cette étude a permis de mieux cerner une problématique actuelle, en lien avec l'entrée en institution des personnes âgées. Cette étude peut être un point de départ afin d'aboutir à une étude plus conséquente, en prenant en compte les limites évoquées ci-dessus.

Suggestion pour une poursuite d'étude

Pour rappel, cette étude est née d'une expérience personnelle au sein d'un EHPAD. Puis suite aux recherches théoriques effectuées, une problématique en a découlé, concernant le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien de l'équilibre occupationnel en addition aux autres missions qui lui sont déjà attribué au sein de l'EHPAD. De cette problématique, les expériences des professionnels travaillant sur le terrain ont été recueillies, et sont venues compléter, affirmer ou contredire les éléments théoriques trouvés dans la première phase de l'étude. Face aux résultats et à la confrontation entre la théorie et la pratique actuelle, et en prenant en compte les limites de cette étude, il est possible d'envisager une étude de plus grande envergure, pour poursuivre ce travail de recherche.

Cette étude s'intéresse à un public large. En effet, tous les résidents, peu importe s'ils viennent du domicile, d'un centre de rééducation ou autre, et peu importe leur pathologie, sont pris en compte dans cette étude. Une prochaine étude pourrait cibler le type de population, car les problématiques des résidents en fonction de leurs profils sont sûrement différentes.

De même, il pourrait être intéressant de comparer les profils des résidents et leur ressenti par rapport à l'entrée en EHPAD. La théorie et les expériences des participants de cette étude ont montré que les résidents ont des profils très variés. Il est alors imaginable que leurs besoins et leurs attentes soient différents.

De plus, les résultats de cette étude font ressortir que les équipes ont un rôle important à jouer dans le maintien de l'équilibre occupationnel, car l'ergothérapeute, souvent seul dans la structure, ne peut pas forcément le mettre en place, mais les équipes, qui sont présentes plus souvent auprès du résident, peuvent être un acteur principal pour le respect de l'équilibre occupationnel du résident. Ainsi, avoir leur retour sur leur pratique et leur formation pourrait également apporter un bénéfice dans le cas d'une étude plus approfondie sur le sujet de l'entrée en EHPAD et du maintien de l'équilibre occupationnel.

Conclusion

Ce travail s'est axé sur l'entrée d'une personne âgée en EHPAD, et le rôle que l'ergothérapeute peut prendre pour maintenir l'équilibre occupationnel de cette personne. Les recherches bibliographiques ont montré que les personnes âgées résidant en EHPAD ont toutes un profil très différent. Ce sont des personnes fragiles, en perte d'autonomie et d'indépendance. Lors de l'arrivée en EHPAD, ces personnes se retrouvent dans un nouvel environnement, où leurs habitudes de vie ne correspondent plus à ce qu'elle pouvait faire à domicile, et avec des contraintes liées à l'institution. L'ergothérapeute en EHPAD intervient auprès des résidents pour l'installation, la préconisation d'aides techniques, et des séances individuelles ou de groupe. L'ergothérapeute peut également intervenir sur les occupations de la personne, afin de préserver son équilibre occupationnel. Cet axe semble moins développé en EHPAD, alors que la littérature montre que les occupations qui ont un sens pour le résident améliorent la qualité de vie. Ainsi, une problématique a été soulevée : comment l'ergothérapeute peut avoir un rôle dans le maintien de l'équilibre occupationnel, en plus des missions déjà entreprises au sein de l'EHPAD ?

Une enquête a été menée auprès d'ergothérapeutes travaillant dans des EHPAD afin de récolter des informations sur les pratiques actuelles. Il est ressorti que les ergothérapeutes axent très peu leurs interventions sur les occupations de la personne. Leurs missions auprès des résidents s'axent principalement sur l'installation, le matériel, et des séances de rééducation motrice. Ils ont également un rôle dans la formation des équipes. Le principal obstacle aux interventions centrées sur les occupations du résident est le manque de temps de l'ergothérapeute dans la structure par rapport au nombre de résidents présents. Les équipes, présentes au quotidien auprès du résident, seraient les plus à même d'avoir un rôle sur l'équilibre occupationnel du résident, cependant elles ne sont pas sensibilisées à cela.

Ce travail pourrait être poursuivi dans le cadre d'une enquête plus élaborée. Il pourrait être intéressant de se questionner sur le rôle que peut avoir l'ergothérapeute dans la formation autour des concepts d'équilibre occupationnel et d'amélioration de la qualité de vie pour les professionnels des EHPAD, afin que des actions soient mises en place régulièrement et perdurent dans le temps, auprès des résidents.

Bibliographie

Aas, M. H., Austad, V. M., Lindstad, M. Ø., & Bonsaksen, T. (2020). Occupational Balance and Quality of Life in Nursing Home Residents. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 38(3), 302-314. <https://doi.org/10.1080/02703181.2020.1750530>

ANFE. (s. d.). *La profession*. Consulté 10 janvier 2023, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

ANFE & CATEL. (2014). *Enquête nationale sur la démographie et les activités des ergothérapeutes en France*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/ANFE-CATEL-Enquete_nationale_ergos-Rapport_final-VF-230415.pdf

Balavoine, A. & DREES. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* (N° 1237). DREES.

Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et société*, 28 / 112(1), 63-72. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0063>

Bodin, J.-F. (2004). *La culture de l'autonomie*.

Bourrellis, C., & Bazerolles, M.-C. (2009). La filière gériatrique et gériatrique : Parcours de vie/parcours de soins. In *Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques* (p. 39-62). SOLAL.

Centre d'observation de la société. (2022, mars 22). *Personnes âgées – Centre d'observation de la société*. <https://www.observationsociete.fr/definitions/personnes-agees/>

Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : Domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39 / 152(1), 169-183. <https://doi.org/10.3917/gsl.152.0169>

CNSA. (2021, août 12). *L'ergothérapeute*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lergotherapeute>

CNSA. (2022, juillet 6). *Comment fonctionne la grille AGGIR ?* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perce-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>

Cristian Uceda Portillo, José Ignacio Calvo Arenillas, & Pedro Moruno Miralles. (2022). *Occupational Therapy Interventions for the Improvement of the Quality of Life of Healthy Older Adults Living in Nursing Homes : A Systematic Review*. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08901171221145159>

Défenseur des droits. (2021). *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/836210050_ddd_droitshpad_access.pdf

Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28 / 112(1), 73-92. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0073>

DREES. (2022). *L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete->

aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees

DREES. (2020, décembre 2). *Perte d'autonomie : À pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perte-dautonomie-pratiques-inchangees-108-000-seniors-de-plus>

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

EHPA Presse. (2022, février 21). *L'ergothérapeute au cœur de l'Ehpad de demain | EHPA - Presse*. <https://www.ehpapresse.fr/actualite/lergotheραπεute-au-coeur-de-lehpad-de-demain/>

Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : Ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, 34 / 138(3), 127-142. <https://doi.org/10.3917/gs.138.0127>

Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe, Hors-série* 6(5), 139-157. <https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0139>

Faya-Robles, A. (2018). La personne âgée « fragile » : La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux. *Anthropologie et Santé*, 17. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.4341>

Fromage, B., Ponty, M., Vinay, A., & Rexand-Galais, F. (2017). Accompagner l'entrée en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.05.002>

HAS. (2018). *Le projet personnalisé : Une dynamique de parcours d'accompagnement (volet Ehpad)*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873864/fr/le-projet-personnalise-une-dynamique-de-parcours-d-accompagnement-volet-ehpad

INED. (2021, septembre 15). *Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés*. Ined - Institut national d'études démographiques. <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/le-vieillissement-de-la-population-se28099accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/>

INSEE. (2019, novembre 19). *Seniors – France, portrait social | Insee*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>

Jasmin, E. (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. PUQ.

Jeandel, C., & Guerin, O. (2021). *25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*.

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>

Larger, V. (2017). *L'accompagnement des personnes âgées en établissement et à domicile* (Balland).

Larousse. (s. d.). *Définitions : Patient - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 11

janvier 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58654>

Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : Rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, 30 / 121(2), 251-264. <https://doi.org/10.3917/gs.121.0251>

OMS. (2022, octobre 11). *Vieillesse et santé*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Polatajko, H., & Davis, J. (2010). *Le sens de l'agir—N'oubliez pas le répertoire : La méta-question occupationnelle*. 12, 20-22.

Rebourg, M. (2016). Admission en établissement et contrat de séjour : Un droit perfectible. *Gérontologie et société*, vol. 38 / 150(2), 173-187. <https://doi.org/10.3917/gsl.150.0173>

Rolland, Y., Benetos, A., Gentric, A., Ankri, J., Blanchard, F., Bonnefoy, M., Decker, L. de, Ferry, M., Gonthier, R., Hanon, O., Jeandel, C., Nourhashemi, F., Perret-Guillaume, C., Retornaz, F., Bouvier, H., Ruault, G., & Berrut, G. (2011). La fragilité de la personne âgée : Un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 9(4), 387-390. <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311>

Services Public, Direction de l'information légale et administrative, & Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2020). *Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

Sève-Ferrieu, N. (2016). Indépendance, autonomie et qualité de vie : Analyse et évaluations. <https://www.em-premium.com/data/traites/ki/26-65815/>. [https://doi.org/10.1016/S1283-0887\(16\)65815-2](https://doi.org/10.1016/S1283-0887(16)65815-2)

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 édition). CAOT Publications ACE.

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

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Wagman, P., Håkansson, C., & Jonsson, H. (2015). Occupational Balance : A Scoping Review of Current Research and Identified Knowledge Gaps. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 160-169. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.986512>

Annexes

Table des annexes

Annexe A – Guide d’entretien	II
Annexe B – Grille d’analyse	V
Annexe C – Formulaire de consentement	VI

Annexe A – Guide d’entretien

Bonjour,

Merci d’accepter d’échanger avec moi autour de votre expérience de travail en tant qu’ergothérapeute en EHPAD. Cet entretien va durer entre 45 min et 1 heure. Acceptez-vous d’être enregistré ? La retranscription de l’entretien sera anonymisée, ainsi que votre lieu de travail. Il n’y aura pas de publication intégrale de l’entretien. Il sera seulement transmis aux membres du jury. Êtes-vous d’accord pour qu’on commence ?

Thème 1 : Présentation

- Pour débiter cet entretien, pourriez-vous, en quelques mots, vous présenter en tant qu’ergothérapeute et retracer votre parcours professionnel ?
- Merci, nous allons maintenant nous concentrer sur votre expérience au sein d’un EHPAD. Pourriez-vous me préciser depuis combien de temps vous travaillez dans un EHPAD ? Et à quelle quotité de travail êtes-vous ?
- Avez-vous eu des formations spécifiques en lien avec votre pratique en EHPAD ?

Thème 2 : L’entrée en EHPAD

- Merci, maintenant, si vous le voulez bien, j’aimerais que vous me présentiez l’établissement dans lequel vous intervenez.
 - Indicateurs :
 - Type d’établissement
 - Composition de l’équipe (nombre d’ergo, autres paramédicaux)
 - Nombre de résidents et niveau de dépendance
- Et comment est organisée l’entrée du résident ? Quels sont les professionnels présents ? Quelle est la place donnée à l’entourage au moment de l’entrée ?
 - Questions de relance :
 - Processus d’admission ?
 - Par qui et quand est constitué le projet personnalisé ?
- Au fil de mes recherches dans la littérature, j’ai trouvé de nombreux articles sur la représentation de l’entrée en EHPAD et des conséquences qu’elle peut avoir sur le

résident. De votre point de vue, qu'est ce qui est vécu comme difficile ou au contraire comme facilitateur lors de cette entrée en institution ?

- Indicateurs : Choix, évoque une envie de retourner à domicile, ...

Thème 3 : Les interventions en ergothérapie

- J'ai pu comprendre que vous n'intervenez pas dès l'arrivée du résident en EHPAD, à Quel moment êtes-vous sollicités et qu'attend-on de vous ?
OÙ
- Donc vous intervenez dès l'entrée en EHPAD, qu'est-ce qui est attendu de vous au moment de l'entrée ?
 - Quel est votre rôle à ce moment ?
 - A quel moment est-ce que l'on vous introduit auprès du résident ?
 - J'imagine qu'il est difficile de rencontrer tous les résidents ? Comment sont fait les choix de vous les adresser ?
- Quels sont les missions inscrites sur votre fiche de poste ?
- En pratique, au quotidien, quelles sont vos axes principaux d'interventions ?
- Pourriez-vous imaginer d'autres axes d'intervention en tant qu'ergothérapeute ?
Quels sont les obstacles à leur mise en place ?
- Utilisez-vous un modèle conceptuel pour vos interventions ?

Thème 4 : L'occupation et l'équilibre occupationnel

Dans mon mémoire, j'ai utilisé le modèle du MOH, qui est un modèle centré sur la personne et ses occupations. Ce modèle aborde notamment la notion d'équilibre occupationnel, défini comme un équilibre de l'engagement dans les occupations qui conduit au bien être, et la bonne association entre la quantité et la variation des occupations. C'est une notion qui est en plein essor au sein de la communauté des ergothérapeutes. L'ANFE dédie d'ailleurs la semaine nationale de l'ergothérapie à ce sujet, au mois de mars. Cette notion d'équilibre occupationnel m'a interpellée par rapport au moment de l'entrée en EHPAD, qui est un moment de bouleversement pour les résidents, qui voient leurs habitudes de vie chamboulées.

- Avez-vous déjà entendu parler de ce concept ? Êtes-vous d'accord avec la définition ?
- Pensez-vous que vous pourriez avoir un rôle sur le sujet, et pourquoi ?

- Comment pourriez-vous mettre en place des actions sur l'équilibre occupationnel ?
- En imaginant les conditions de travail idéales, pensez-vous que ça peut être un objectif d'intervention ?

Conclusion : Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Souhaitez-vous aborder un nouveau point ou ajoutez quelque chose ?

Annexe B – Grille d'analyse

			E1	E2	E3
Présentation de l'ergothérapeute	Présentation du parcours ergo	Date de diplôme			
		Population			
	Expérience en EHPAD	Depuis combien de temps en EHPAD			
		Quotité de travail			
		Formations spécifiques			
L'entrée en EHPAD	L'établissement	Type d'établissement			
		Professionnels de la rééducation			
	Les résidents	Nombre de résidents			
		Niveau d'autonomie et d'indépendance			
		Conséquences de l'entrée (choix, changement de domicile, différences d'occupations, habitat collectif, lieu de fin de vie)			
	Les personnes présentes au moment de l'entrée	Etablissement			
		Résident			
		Famille			
	Le projet personnalisé				
L'intervention en ergothérapie	Missions de l'ergothérapeute	Autour du résident			
		Autour des autres professionnels			
		Autour de l'environnement, gestion			
		Autres missions qu'ils aimeraient développer + obstacles			
	Adressage des résidents	Critères			
		Moment			
	Modèle d'intervention	MOH			
L'équilibre occupationnel	Connaissances de l'équilibre occupationnel				
	L'équilibre occupationnel au sein de l'EHPAD				
	Obstacles ou facilitateurs				

Annexe C – Formulaire de consentement



Université Claude Bernard Lyon 1



Date : .../.../...

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) reconnais prendre part volontairement à une étude réalisée par Emilie DOST, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, sous le tutorat de Aurélie BARRIERE.

Cet entretien a pour but d'explorer les interventions de l'ergothérapeute en EHPAD.

Je comprends que je suis libre d'interrompre ma participation à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque. Par ailleurs, je sais que je pourrais avoir accès aux données et analyses issues de cet entretien si je le souhaite.

J'accepte que cet entretien soit enregistré, et que les données soient utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Toutes les données récoltées, y compris celles figurant sur le présent formulaire (ainsi que mon lieu d'exercice), resteront confidentielles et seront anonymisées.

En échange de ce consentement, je soussigné(e), m'engage à respecter les règles de confidentialité et à détruire l'enregistrement audio une fois le travail terminé.

Coordonnées de l'intervieweur :

Emilie DOST

emilie.dost@etu.univ-lyon1.fr

Signature de l'interviewé :

Signature de l'intervieweur :



Résumé

Titre : L'entrée en EHPAD et le maintien de l'équilibre occupationnel

Contexte : L'entrée en EHPAD entraîne un changement des habitudes de vie. Les occupations ne peuvent plus être réalisées lors de l'entrée en institution, ce qui entraîne un déséquilibre occupationnel. L'ergothérapeute en EHPAD a des missions autour des aides techniques, du positionnement et des activités individuelles ou de groupe. Cependant, la littérature montre que les occupations en EHPAD sont importantes pour la qualité de vie des résidents.

Objectif : L'objectif de cette étude consiste en l'analyse des pratiques de l'ergothérapie en EHPAD autour de l'équilibre occupationnel, en plus des autres missions qui lui sont demandées.

Méthode : Une méthodologie qualitative a été réalisée. Trois ergothérapeutes ont été interrogés, grâce à un questionnaire semi-dirigé.

Résultats : Les ergothérapeutes ne disposent pas d'assez de temps en EHPAD en comparaison du nombre de résidents présents pour effectuer toutes leurs missions. Ils ont des missions autour du résident pour le positionnement et de la rééducation motrice. Ils ont également un temps de formation des autres professionnels assez important.

Conclusion : L'ergothérapeute n'a pas assez de temps accordé pour mettre en place des actions autour de l'équilibre occupationnel. Par leur mission de formation des autres professionnels, ils pourraient informer les professionnels de prêter attention à l'équilibre occupationnel du résident.

Mots-clés : équilibre occupationnel - ergothérapie - entrée - EHPAD

Abstract

Title: Admission in nursing home and maintenance of occupational balance

Background: Admission in nursing home induces lifestyle changes. Occupations done at home can not be carried out when the residents are institutionalized, and their occupational balance is highly disturbed. Occupational therapists in nursing homes take action around technical aids, positioning and individual or group activities. However, the literature shows that occupations in nursing home are important for the quality of life of the residents.

Aim: The purpose of this study is to investigate how occupational therapists can focus on resident occupational balance in nursing home, in addition to their other tasks.

Method: An exploratory qualitative research was conducted. Three occupational therapists working in a nursing home were interviewed, following a semi-structured questionnaire. Then, an analysis grid was used to sort information collected from these interviews.

Results: Occupational therapists did not have enough time in nursing home in comparison to the number of residents to focus on task around occupational balance. Their tasks focus around positioning and motor rehabilitation of the resident. They also had a relatively long time dedicated to the training of other professionals.

Conclusion: Occupational therapists did not have the time to set action around the resident's occupational balance. Through their tasks about the training course of other professionals, they could inform professionals to pay attention to the occupational balance of the residents.

Key words: occupational balance - occupational therapy - admission - entrance - nursing home