



<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



DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

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

2023-2024

L'occupation comme moyen de prévention de la dépression et du déconditionnement physique en EHPAD

Soutenu par : Aurélie KOCHÉL

12105040

Tuteur de mémoire : Amandine IBANEZ



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

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

LESCURE Caroline

LIONNARD-RETY Sabine

TRIOLET Luce

Responsables des stages

IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine



Remerciements

Je remercie ma tutrice de mémoire, Amandine IBANEZ, pour tous ses bons conseils, sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de cette année.

Je remercie mes camarades du groupe de tutorat, Léa, Stacy et Margot, ainsi que mes camarades de promotion Alexandra, Cécile et Delphine, pour nos échanges autour de nos mémoires, toujours dans la bonne humeur.

Je remercie les trois ergothérapeutes qui ont généreusement répondu à ma demande d'entretien et ont bien voulu partager leur expérience.

Je remercie mes amis et ma famille, en particulier mon mari et mes filles, qui m'ont soutenue de tout cœur depuis le début de cette aventure.

Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	- 1 -
TABLE DES ILLUSTRATIONS	- 3 -
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	- 4 -
INTRODUCTION	1
1 PARTIE THEORIQUE	2
1.1 L'ENTREE EN EHPAD, UNE SITUATION A RISQUE POUR LA PERSONNE AGEE	2
1.1.1 <i>La population entrant en EHPAD.....</i>	2
1.1.2 <i>Le fonctionnement des EHPAD : un fonctionnement qui tend vers l'hospitalier</i>	3
1.1.3 <i>Évolution de la personne âgée en EHPAD</i>	4
1.1.4 <i>Pratiques mises en avant pour limiter la dépression et/ou le déconditionnement physique des résidents en EHPAD</i>	8
1.2 L'ANALYSE SOUS L'ANGLE DE L'ERGOTHERAPIE DE LA SITUATION DES NOUVEAUX RESIDENTS EN EHPAD....	8
1.2.1 <i>Le modèle MCREO comme clé de compréhension de la situation des nouveaux arrivants en EHPAD</i>	9
1.2.2 <i>L'ergothérapeute en EHPAD : entre possibles et réalités</i>	13
1.2.2.1 Missions de l'ergothérapeute en EHPAD : une réalité contrastée	13
1.2.2.2 L'ergothérapeute, un professionnel au potentiel prometteur en EHPAD, en tant que spécialiste de l'occupation.....	14
1.2.3 <i>L'occupation comme support de prévention primaire.....</i>	15
1.3 L'ERGOTHERAPEUTE, UN PROFESSIONNEL OUTILLE POUR LA PREVENTION PAR L'OCCUPATION EN EHPAD	16
1.3.1 <i>Évolution nécessaire du monde de la santé en direction de la prévention ciblant les personnes âgées.....</i>	17
1.3.2 <i>Peut-on parler de prévention en EHPAD ?.....</i>	18
1.3.3 <i>Zoom sur deux outils de prévention potentiellement mobilisables par l'ergothérapeute en EHPAD</i>	19
1.3.3.1 Le projet de vie individualisé, un outil déjà existant en EHPAD	19
1.3.3.2 Le programme TaPasS, un nouvel outil pour la prévention auprès des personnes âgées.	21
2 PARTIE METHODOLOGIQUE.....	25
2.1.1 <i>Réalisation de l'échantillonnage</i>	25
2.1.2 <i>Aspects pratiques et éthiques des entretiens</i>	25
2.1.3 <i>Structure des entretiens</i>	26
3 RESULTATS ET ANALYSE	27
3.1 LES PARTICIPANTS	27

3.2	THEMATIQUES ABORDEES EN ENTRETEN	27
3.2.1	<i>Etat des lieux sur la situation des résidents en EHPAD</i>	27
3.2.1.1	Indépendance et autonomie des résidents en EHPAD	27
3.2.1.1.1	Les notions d'indépendance et d'autonomie	27
3.2.1.1.2	L'impact de l'institution sur l'indépendance et l'autonomie des personnes	28
3.2.1.2	L'arrivée du résident en EHPAD du point de vue de l'ergothérapeute	30
3.2.1.2.1	L'enjeu de l'arrivée en EHPAD du point de vue de l'ergothérapeute	30
3.2.1.2.2	La question de l'utilité du projet de vie individualisé pour l'ergothérapeute	31
3.2.2	<i>Les interventions envisagées autour de l'occupation</i>	31
3.2.2.1	Moyens d'action de l'ergothérapeute pour diminuer l'impact du fonctionnement de l'EHPAD sur les résidents	31
3.2.2.1.1	Action de l'ergothérapeute à travers des projets individuels	32
3.2.2.1.2	Contexte de l'intervention	32
3.2.2.2	Exemples d'intervention en ergothérapie fondées sur l'occupation	34
3.2.3	<i>Effet perçu de l'intervention de l'ergothérapeute sur la dépression et/ou le déconditionnement physique des résidents en EHPAD</i>	35
3.2.4	<i>Pistes envisagées pour l'avenir</i>	36
3.3	COHERENCE DES RESULTATS ENTRE EUX	37
4	DISCUSSION	38
4.1	MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA PARTIE THEORIQUE	38
4.1.1	<i>Cohérence générale des propos avec la partie théorique</i>	38
4.1.2	<i>Interventions en lien avec l'occupation</i>	40
4.1.3	<i>Les enrichissements de la problématique issue de la partie théorique</i>	41
4.2	FORCES ET LIMITES DE L'ENQUETE	43
4.3	OUVERTURE VERS UNE PERSPECTIVE DE RECHERCHE	44
	CONCLUSION	45
	BIBLIOGRAPHIE	46
	RESUME/ABSTRACT	55
	TABLE DES ANNEXES	56

Table des illustrations

Tableau 1 Profil des personnes interrogées.....	27
Tableau 2 Exemples d'interventions fondées sur des activités signifiantes pour la personne	34

Liste des abbréviations

ACE: Association canadienne des ergothérapeutes

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, intégrée dans la HAS en 2018

APA : Activité physique adaptée

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge

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

EHPA : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (autrement dénommées « résidences autonomie »)

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Education thérapeutique du patient

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activity of Daily Living, activités instrumentales de la vie quotidienne

ICOPE : Integrated Care for Older People

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

MDH-PPH2 : Modèle du Développement Humain et le Processus de Production du Handicap, 2^{ème} version.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RBC : Réadaptation à Base Communautaire

SFGG : Société française de gériatrie et de gérontologie

TaPasS : Temps d'accompagnement Prévention activités significantes et Santé

USLD : Unités de soins de longue durée

UVP : Unité de vie protégée

Introduction

« La France vieillit mais le défi de l'avancée en âge est encore devant nous » (Libault, 2019, p. 13). En effet, les personnes âgées de 75 ans et plus sont passées de 6,6 % de la population en 1990 à 9,1 % en 2015. On estime qu'elles représenteront 14,6 % de la population en 2040. Cependant, si l'on vit vieux en France, avec une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe, on ne vit pas pour autant en bonne santé. Ainsi, « sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie dont 2 de façon sévère et 3 ont vécu leurs derniers jours en établissement » (Libault, 2019, p. 13). La survenue d'incapacités, rapportée au vieillissement global de la population, a pour conséquence une pression très importante sur les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), qui accueillent de plus en plus de personnes, ces personnes étant par ailleurs de plus en plus âgées, dépendantes et/ou en perte d'autonomie (Libault, 2019). Dans ce contexte, alors même que les EHPAD doivent être des lieux de vie, la personne qui y est accueillie va être soumise à l'organisation de l'institution et à la primauté des soins sur ses autres besoins (Amyot et al., 2017; Le Brun, 2018). L'appropriation du lieu comme un lieu de vie pour la personne et la préservation de ses habitudes de vie vont passer au second plan, ce qui ne sera pas sans conséquences sur son évolution. De fait, les données les plus récentes relèvent un « état psychologique dégradé » chez les personnes vivant en établissement (DREES, 2020). Quant à l'EHPAD en tant qu'institution, il est considéré comme un modèle qui semble « à bout de souffle » (Libault, 2019, p. 14). En tant que professionnel intervenant en EHPAD, et face à ces constats, **comment l'ergothérapeute peut-il mettre ses compétences au service des résidents d'EHPAD pour leur permettre de maintenir des occupations et ainsi préserver leur bien-être physique et mental ?** Pour tenter de répondre à cette question, il convient tout d'abord d'explorer la situation actuelle, puis de l'analyser sous l'angle de l'ergothérapie, tout particulièrement à travers la notion d'occupation. Dans un troisième temps, de possibles interventions de l'ergothérapeute en EHPAD fondées sur l'occupation seront évoquées. Puis une enquête exploratoire de terrain, dont le but a été de confronter ces éléments de réponse à la pratique, sera présentée, puis discutée.

1 Partie Théorique

1.1 L'entrée en EHPAD, une situation à risque pour la personne âgée

1.1.1 La population entrant en EHPAD

La tendance actuelle chez les Français est de vouloir rester le plus longtemps possible au domicile (CREDOC, 2018; Libault, 2019). L'entrée en EHPAD se fait donc de plus en plus tard : l'âge moyen de l'entrée en institution est passé de 78,3 ans en 1976 à 84,4 ans en 2011 (Fourrier, 2020). Dans un contexte d'augmentation de l'espérance de vie (DREES, 2018) et de recul de l'âge d'entrée en EHPAD, la population au sein des EHPAD ne cesse de vieillir : en 2019, la moitié des résidents en EHPAD avait plus de 88 ans, contre 87 ans et 5 mois fin 2015 et 86 ans et 5 mois fin 2011 (DREES, 2022).

L'entrée en EHPAD intervient principalement dans un contexte d'aggravation de la santé, de déficiences accrues et/ou de moyens mis en œuvre pour le maintien à domicile devenus insuffisants. L'admission en EHPAD est perçue comme un dernier recours, quand le maintien à domicile n'est plus envisageable (CREDOC, 2018). Selon une revue systématique de littérature analysant 36 études sur les facteurs d'institutionnalisation des personnes âgées, l'entrée en établissement est le plus souvent déterminée par des déficiences cognitives et/ou fonctionnelles, associées à un manque de soutien dans la vie quotidienne (Luppa et al., 2010). L'épuisement des aidants peut également entraîner l'entrée en EHPAD, de même que des considérations de sécurité quand les personnes sont atteintes de démence (Fourrier, 2020). L'entrée en EHPAD relève ainsi rarement d'un choix, et se fait le plus souvent dans la précipitation (DREES, 2016).

Par ailleurs, à leur arrivée en EHPAD, les personnes sont de plus en plus en perte d'autonomie et/ou d'indépendance. Ces termes méritent une explication, dans la mesure où ils paraissent parfois être utilisés l'un pour l'autre. Dans son ouvrage Psychogériatrie, Pierre Charazac définit l'autonomie comme « la capacité de prendre des décisions pour soi-même et de les exécuter » (2020, p. 141). Cette définition inclut donc à la fois l'« autonomie décisionnelle » et l'« autonomie fonctionnelle » (Trépiéd, 2020). Ainsi, « dans le langage gériatrique, la perte d'autonomie signifie qu'une personne est dans l'incapacité d'effectuer

seule les principaux actes de la vie courante » (Charazac, 2020, p. 142). Pourtant, il convient de distinguer la capacité de prendre les décisions pour soi-même, appelée *autonomie*, de la capacité à exécuter ces décisions par soi-même, appelée *indépendance* (Le journal des soins en EHPAD, 2023). Ainsi, l'utilisation de la notion d'autonomie à la place de la notion d'indépendance est déplorée (Amyot et al., 2017; Carliez, interviewée par Le journal des soins en EHPAD, 2023, p. 13) car elle peut porter à confusion, dans la mesure où « une personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle peut toujours faire preuve d'une autonomie décisionnelle » (Trépied, 2020, p. 4). La classification Groupe Iso Ressources (GIR) est un exemple de cette confusion très courante. Ainsi, selon le site ministériel dédié aux personnes âgées, « Le GIR correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée [...] le GIR 1 [étant] le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible » (Pour les personnes âgées.gouv.fr, 2023b). Or, les items permettant de calculer le GIR relèvent aussi bien de l'autonomie (par exemple se repérer dans le temps et l'espace) que de l'indépendance (faire sa toilette) (Service-Public.fr, 2024). Ainsi, si 85,1 % des personnes accueillies en 2019 étaient classées en GIR de 1 à 4, contre 83,1 % en 2015 et 80,7 % en 2011 (DREES, 2022), ces chiffres attestent d'une dégradation du niveau d'autonomie et/ou d'indépendance des personnes à leur arrivée en EHPAD. Ces résultats ne sont surprenants, au vu de la tendance actuelle en France de considérer l'EHPAD comme un dernier recours et d'y entrer par conséquent de plus en plus tard.

1.1.2 Le fonctionnement des EHPAD : un fonctionnement qui tend vers l'hospitalier

Dans le contexte décrit ci-avant, le mot d'ordre actuel est la médicalisation du suivi des personnes âgées. Les EHPAD sont au cœur de cette évolution. Déjà en 2015, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) relevait une faible différenciation entre USLD (Unités de soins de longue durée) et EHPAD, notamment en lien avec la médicalisation croissante des EHPAD (IGAS, 2015), alors que les USLD sont définies comme « des structures d'hébergement et de soins accueillant des personnes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante » (Pour les personnes âgées.gouv.fr, 2023a). Déjà bien réelle, la médicalisation des EHPAD est par ailleurs présentée comme une priorité gouvernementale, pour correspondre aux besoins

de soins des résidents, actuels et futurs (CNSA, 2023, p. 20; Ministère chargé de l'Autonomie, 2022, p. 3)

Cette évolution n'est pas sans conséquence sur la qualité de vie des résidents. On observe en effet une forme de « médicalisation du grand âge », dont les effets sont dénoncés notamment par des membres du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), en ces termes : « Nos sociétés, en confiant finalement la vieillesse et la fin de la vie à la médecine, ont confiné des personnes, en raison de leur âge et de ses contingences, dans des « lieux de vie » parfois maltraitants. » (Aubry et al., 2018, p. 44). Les dérives de la médicalisation des EHPAD sont dénoncées par les résidents eux-mêmes, ces derniers se sentant réduits au statut de « malades » (Libault, 2019). Libault, dans son rapport « Grand âge et autonomie », relève en effet auprès des résidents d'EHPAD la perception que « la personne âgée ne serait pas considérée dans sa globalité, comme ayant une personnalité, des besoins, mais aussi des désirs. Les activités et les services, notamment la restauration, sont perçus comme étant négligés. » (2019). Les personnels des EHPAD font le même constat, déplorant que les besoins médicaux et la dépendance croissants des résidents les conduisent à se concentrer essentiellement sur les soins et l'hygiène, au détriment du lien social avec les résidents (DREES, 2016).

1.1.3 Évolution de la personne âgée en EHPAD

L'élaboration de ce mémoire n'a pas permis de trouver une étude longitudinale récente d'importance d'une population de mêmes personnes âgées avant et après leur entrée en EHPAD, qui pourrait permettre de se rapprocher d'une analyse objective des effets de l'entrée en EHPAD sur les personnes, sur le plan physique et psychique.

L'étude identifiée la plus conséquente est ancienne et ne concerne que l'état psychologique des personnes. Elle a été réalisée aux Etats-Unis entre 1999 et 2005 et a concerné 634 060 résidents de lieux comparables à des EHPAD français. Il en résulte notamment qu'à l'issue d'une constante augmentation depuis 1999, en 2005, les résidents étaient 54,4 % à être diagnostiqués en dépression à l'issue de leur première année en

structure, dont 32,8% l'étaient déjà à leur arrivée, les 21,6 % restant développant une dépression au cours de la première année (Hoover et al., 2010).

En Finlande, une étude a été réalisée sur un panel de 81 personnes âgées, trois mois après leur arrivée en établissement pour personnes âgées, puis douze mois après (Lotvonen et al., 2017). Elle met en avant, en moyenne, une diminution significative des performances physiques ainsi que des performances dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL, par exemple aptitude à utiliser le téléphone ou à faire les courses). Cependant cette étude concerne des foyers logements (*senior housing*, dénommés EHPA en France), qui se caractérisent par l'autonomie et une bonne capacité fonctionnelle de leurs résidents ainsi que par une organisation laissant beaucoup de liberté aux résidents. Du fait de la différence de population concernée et d'organisation de ce type de structure, les résultats de cette étude ne sont donc pas complètement transposables à la situation des personnes entrant en EHPAD.

S'agissant d'études transversales, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a récemment publié un rapport sur l'état psychologique des personnes âgées résidant en établissement (2020), en comparaison à celles vivant à domicile. Ces données concernent tous les établissements (EHPAD, USLD, EHPA) et ne sont donc pas spécifiques à l'EHPAD. Dans ce rapport, la DREES (2020) relève que les états dépressifs sont plus fréquents en établissement qu'à domicile. Notamment, 18% des personnes vivant en établissement se déclarent souffrant de dépression, contre 7% des personnes de plus de 75 ans vivant à domicile. Par ailleurs, un tiers des résidents présentent un score de bien-être MH5 inférieur à 55, associé à une probabilité plus élevée de détresse psychologique, contre seulement un quart des personnes à domicile. Le rapport relève par ailleurs que "les personnes qui vivent en établissement depuis moins de 3 ans sont plus souvent en détresse psychologique que l'ensemble des résidents." (2020) Cette fragilité spécifique des nouveaux arrivants est soulignée dans la littérature (Davison et al., 2020). En 2014, l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) considérait d'ailleurs que « l'entrée en institution et la première année de résidence sont des périodes à haut risque de dépression. » (2014, p. 8)

Le rapport de la DREES relève également qu'à âge égal, les résidents d'établissements souffrent plus de lassitude, de manque d'appétit et de difficultés à effectuer les actes de la vie

quotidienne que ceux vivant à domicile. Ainsi, 37 % des plus de 75 ans vivant en institution ont besoin de motivation pour effectuer des actes de la vie quotidienne et 19% n'en réalisent plus aucune, contre respectivement 5% et 3% pour les personnes de la même tranche d'âge vivant à domicile (2020, tab. 1). Dans ce rapport, deux hypothèses sont avancées pour expliquer ces chiffres : les limitations fonctionnelles, supposées plus élevées chez les personnes en établissement que chez les personnes à domicile, ainsi que l'organisation des établissements eux-mêmes, qui laisse peu d'opportunités aux personnes de mener des activités de la vie quotidienne, l'établissement prenant notamment en charge les repas et le ménage (DREES, 2020).

La première hypothèse émise dans le rapport de la DREES fait par notamment écho à l'étude finlandaise précitée, qui constate que les performances dans les IADL déclinent plus vite pour les personnes arrivées en foyer logement pour des motifs de santé que pour les personnes arrivées pour d'autres motifs (Lotvonen et al., 2017). Par ailleurs, une autre étude, qui compare le niveau d'activité physique de personnes en foyer logement à celui de personnes résidant à domicile, fait état d'un niveau inférieur pour les premiers, effectivement en lien avec des capacités fonctionnelles moindres, mais également dû à un espace de vie réduit par rapport aux personnes vivant à domicile. La fourniture par l'établissement de services comme l'aide au ménage est également présentée comme cause possible de cette différence (Cress et al., 2011). Ce dernier point se rapproche de la deuxième hypothèse de la DREES.

Concernant cette deuxième hypothèse, le fonctionnement des EHPAD, tel que décrit plus haut, est effectivement régulièrement pointé du doigt comme étant limitateur à la fois de l'autonomie et de l'indépendance des résidents (DREES, 2016; Libault, 2019). Ce constat émane tout d'abord des résidents eux-mêmes (Libault, 2019). Quant aux professionnels du soin interrogés lors de la grande étude menée par la DREES, ils constatent « la perte d'autonomie progressive ou subite des usagers, d'autant plus que celle-ci est parfois pointée du doigt par leurs proches ». L'EHPAD a pourtant un objectif de maintien de l'autonomie des résidents (au sens gériatrique, impliquant également l'indépendance) fixé par la loi (LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002). Cet objectif, confronté à l'organisation du service, fait donc figure pour les professionnels d'« injonction paradoxale » (2016, p. 15).

L'analyse par des observateurs extérieurs est concordante avec ces constats. Ainsi, la sociologue Trépied pose que « dans un contexte de pénurie de personnel et de rationalisation des soins, l'autonomie apparaît plutôt comme un mirage. C'est plutôt la dépendance totale et entière des personnes âgées à l'égard des soignants qui est la norme. » (2020, p. 14). Ainsi, elle constate que l'autonomie des résidents n'est pas soutenue, voire est désapprouvée, considérée comme une contravention au fonctionnement de l'établissement (Trépied, 2020). Ce constat se retrouve également dans une autre étude, plus ancienne, réalisée en Suède (Harnett, 2010).

On peut supposer que la réduction de l'autonomie et de l'indépendance est une source possible de dégradation de l'état psychologique et physique des résidents. Sur ce point, une étude qualitative menée sur 100 personnes en Australie (résidant en établissements de type EHPAD mais également de type EHPA) a établi la corrélation entre l'autonomie de la personne et son état psychologique (Davison et al., 2012).

Il y a donc une forme de paradoxe à l'entrée en EHPAD, censé répondre aux besoins de la personne, mais qui par son fonctionnement peut engendrer sa dégradation. On peut donc parler de l'entrée en EHPAD comme étant une situation à risque pour la personne âgée, établie en matière de santé psychique et restant à documenter en matière de santé physique. Les premiers temps passés dans la structure apparaissent tout particulièrement déterminants pour l'évolution de la personne (Amyot et al., 2017, p. 63-64).

Pour améliorer les conditions de vie en EHPAD et contrecarrer les phénomènes détaillés ci-avant, de nombreuses recherches et expérimentations ont été réalisées et de nombreuses pratiques innovatrices mises en œuvre. On recense, entre autre, une abondante littérature concernant les résidents atteints de troubles cognitifs. Il est vrai qu'en 2022, l'IGAS indique que « la proportion des maladies d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée représentent aujourd'hui plus de la moitié des résidents des EHPAD en France (et même plus des deux-tiers si on exclut les EHPAD qui refusent d'accueillir ces personnes) » (IGAS, 2022). Pour la suite de cette étude, on s'intéressera donc spécifiquement au tiers restant, c'est-à-dire à la population sans troubles cognitifs majeurs, pour mettre en lumière les recherches qui lui sont spécifiques. Par ailleurs, compte tenu que les premiers temps suivant l'entrée en EHPAD sont identifiés comme période à risque, une attention particulière sera portée à l'arrivée en EHPAD.

1.1.4 Pratiques mises en avant pour limiter la dépression et/ou le déconditionnement physique des résidents en EHPAD

Les pistes de réflexion évoquées dans la littérature pour améliorer la condition des personnes âgées en EHPAD sont très nombreuses et impliquent de nombreuses disciplines. Le cadre du présent mémoire ne permet pas de les exposer toutes. A titre d'exemple, plusieurs analyses se sont spécifiquement intéressées au processus d'entrée en EHPAD (Brownie et al., 2014) (Križaj et al., 2016). Par ailleurs, un grand nombre d'études se penchent sur la notion de « chez soi » et sur l'environnement de l'EHPAD, notamment physique (effets personnels (Hoof et al., 2016), mobilier, usage des espaces (Charras & Cérèse, 2017), espaces extérieurs (Potter et al., 2018), présence d'animaux (Toze et al., 2023)...), et institutionnel (avec des modèles alternatifs à l'EHPAD (Aubry et al., 2018) (Libault, 2019, p. 28)). Enfin, certains auteurs s'intéressent à une approche en EHPAD centrée sur la personne, sur son autonomie (Davison et al., 2020; McCabe et al., 2021) et sur l'aide au maintien en EHPAD des occupations préexistantes à l'entrée dans la structure (Križaj et al., 2016).

Les dernières sources présentées s'intéressent à l'environnement, à la personne et aux activités ayant du sens pour la personne. De ce point de vue, elles rappellent le modèle ergothérapique MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel) mis au point notamment par Townsend, dans le cadre de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). De fait, l'approche ergothérapique semble particulièrement adaptée pour proposer une analyse de la situation des personnes âgées arrivant en EHPAD et ne présentant pas de troubles cognitifs majeurs.

1.2 L'analyse sous l'angle de l'ergothérapie de la situation des nouveaux résidents en EHPAD

L'ergothérapie est marquée par un concept majeur, l'occupation. D'ailleurs « ergothérapeute » se dit « *occupational therapist* » en anglais. Le terme « occupation » connaît de nombreuses définitions selon les auteurs chercheurs en ergothérapie. Pour Townsend, c'est « un ensemble d'activités et de tâches de vie quotidienne auxquelles les

individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signifiante » (2013, p. 444).

Le modèle MCREO évoqué ci-avant pose le principe que de la combinaison des compétences individuelles, des caractéristiques de l'environnement et des occupations d'une personne, va résulter son « rendement occupationnel » (Townsend, 2013, p. 23). Le rendement occupationnel est défini par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) comme :

le résultat d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation. Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (ACE 1997, 2002 in Townsend, 2013, p. 447)

Le rendement occupationnel, selon le modèle MCREO, va donc dépendre de l'interaction des composantes personne-environnement-occupation : plus elles seront compatibles, meilleur sera le rendement. Parmi ces trois composantes, le MCREO s'attache tout particulièrement au concept d'occupation, se positionnant « dans une perspective occupationnelle » (Townsend, 2013, p. 2). En ce sens, ce modèle s'avère très utile pour comprendre en quoi un point de vue ergothérapique peut être source de compréhension de la situation des résidents en EHPAD, tout particulièrement des nouveaux arrivants, et en quoi il peut permettre des propositions d'amélioration de cette situation.

1.2.1 Le modèle MCREO comme clé de compréhension de la situation des nouveaux arrivants en EHPAD

Pour Townsend et ses collègues, l'occupation est centrale. La personne (à travers ses habiletés, talents et champs d'intérêts) et l'environnement (culturel, institutionnel, physique et social) constituent des éléments complémentaires qui viennent influencer le rendement

occupationnel (2013). L'occupation s'analyse comme une ressource de la vie quotidienne, au même titre que la santé. Elle se caractérise par sa « signifiante » pour la personne. Cette signifiante est d'ailleurs constitutive de la notion d'occupation elle-même (Townsend, 2013, p. 74). L'objet de cette partie étant d'éclairer la situation en EHPAD sous l'angle ergothérapique, on relèvera qu'il n'est pas rare dans les EHPAD de considérer l'« occupation » comme ayant pour but de « faire passer le temps », le terme « activité occupationnelle » étant souvent alors utilisé, comme par exemple dans l'ouvrage « L'animation en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : un enjeu complexe de socialisation », d'où sont tirées ces deux expressions (Beloni et al., 2019, p. 13). Cette définition de l'occupation (combler du vide) est presque à l'opposé de celle retenue en ergothérapie (activité qui a du sens).

La notion d'occupation telle que comprise en ergothérapie donne lieu à de nombreuses déclinaisons conceptuelles, qui peuvent s'avérer très utiles pour comprendre la situation des résidents en EHPAD et donner des lignes directrices pour l'action de l'ergothérapeute.

Ainsi en est-il de la « transition occupationnelle », définie comme « un moment au cours duquel se produit le déplacement d'une occupation spécifique ou d'un groupe d'occupations, vers une occupation ou un groupe d'occupations autres » (Townsend, 2013, p. 68). L'entrée en EHPAD peut correspondre à une situation de transition occupationnelle, puisque, du simple fait du changement d'environnement, voire également pour des raisons propres à la personne (survenue d'une incapacité) les occupations telles qu'elles étaient réalisées à domicile ne pourront être maintenues dans l'établissement. La notion de transition est d'ailleurs souvent utilisée dans la littérature pour décrire le passage du domicile à l'EHPAD, du fait des importants changements, renoncements et nécessités d'adaptation qu'il implique (Brownie et al., 2014; Groenvynck et al., 2022; Križaj et al., 2016; Sullivan & Williams, 2017).

Par ailleurs, une transition occupationnelle va être qualifiée de « perte occupationnelle », « lorsqu'une personne ou un groupe de personnes ne peuvent plus participer aux routines et aux activités normalement effectuées dans leur contexte de vie. » (Townsend, 2013). On va parler de « privation occupationnelle » lorsque la restriction d'accès s'avère « grave et prolongée ». Cette notion « fait référence aux restrictions récurrentes provenant plutôt d'influences environnementales que personnelles. Les restrictions peuvent

être d'origine culturelle, institutionnelle, physique, politique ou sociale » (Townsend et Wilcock, 2004, citées par Townsend, 2013, p. 92). La littérature évoque également la notion d' « aliénation occupationnelle », définie comme une expérience prolongée de déconnexion, d'isolement et de vide, en lien avec une absence d'occupations faisant sens pour la personne (Townsend & Wilcock, 2004). Il y a aliénation occupationnelle « lorsque des forces externes modulent les choix occupationnels, de manière à ne plus être ajustées au potentiel et aux aspirations de l'individu. » (Townsend, 2013, p. 92). C'est-à-dire que la personne va être conduite à participer à des activités qui n'ont pas de sens pour elle, et qui par conséquent ne sont pas favorables à son épanouissement (Larivière et al., 2019).

Sous l'angle ergothérapique, l'entrée en EHPAD constitue donc un moment charnière de transition, où la personne peut potentiellement basculer dans la privation et/ou l'aliénation occupationnelle. Les personnes âgées vivant en établissement ont notamment été identifiées comme susceptibles de vivre des situations d'alinéation occupationnelle (Bor, 2023; Townsend & Wilcock, 2004). Le témoignage qui suit, recueilli auprès d'une résidente d'EHPAD, est particulièrement illustratif à la fois des concepts de privation et d'aliénation occupationnelle :

Bien sûr, y a des activités ici, j'dis pas », reconnaît Bernadette, 79 ans, à l'ehpad depuis quatre mois. « Encore faut-il qu'elles me servent à quelque chose ! », ajoute-t-elle sans ambages, sous forme de requête. Elle poursuit : « J'y vais aux activités. [...] Mais, j'aimerais surtout faire des choses pour moi. De la couture, de la cuisine, la vaisselle, laver mon linge, comme quand j'étais chez moi. Mais, c'est pas possible : on n'a pas le droit ! Ils nous font tout. Alors, on n'a plus rien à faire ! (Basson & Vallereau, 2020)

On relève ici en particulier l'impossibilité pour cette résidente de réaliser les activités normales de son précédent contexte de vie (privation), et l'absence de sens pour cette résidente des activités proposées à la place (aliénation).

Pour Townsend et Wilcock (2004, cité par Townsend, 2013, p. 97), l'alinéation occupationnelle et la privation occupationnelle sont la résultante d'une injustice occupationnelle. Créé par Wilcock en 1998, le concept de justice occupationnelle tient aujourd'hui une place importante en ergothérapie, bien qu'il n'y ait pas à ce jour de consensus sur sa définition (Larivière et al., 2019). Plusieurs auteurs ont cependant déjà qualifié la

situation des résidents en EHPAD d'injustice occupationnelle (Causey-Upton, 2015; Du Toit et al., 2019).

On peut s'interroger sur les conséquences qu'une telle injustice peut avoir sur les résidents. Dans le modèle MCREO, l'être humain est perçu comme un « être occupationnel », en conséquence « l'ergothérapie conçoit l'engagement dans l'occupation comme un besoin fondamental de l'être humain », nécessaire « à la survie, à la santé et au mieux-être » (Townsend, 2013, p. 23). D'ailleurs, des études qualitatives menées par Whiteford auprès de prisonniers démontrent que le manque de temps passé à s'engager dans des occupations apparaît préjudiciable à la santé et au bien-être (2000). Pour les personnes âgées, on pourra citer une étude démontrant qu'un programme fondé sur l'occupation chez des personnes âgées vivant à domicile pouvait leur permettre à titre préventif de préserver leur santé physique et mentale (Clark et al., 1997). Plus récemment, une revue de littérature démontre que l'existence de buts dans la vie chez une personne âgée est fortement corrélée à son bien-être physique et psychique (Irving et al., 2017). Par ailleurs, une étude qualitative menée en Slovénie auprès de six résidents d'établissements équivalents à des EHPAD a souligné le fait que ceux-ci mettent en lien leurs occupations avec leur identité : le maintien d'activités signifiantes en EHPAD est donc essentiel pour donner un sens à leur vie. Les résidents interrogés font d'ailleurs le lien entre la possibilité de réaliser leurs occupations et le fait de se sentir en meilleure santé (Križaj et al., 2016).

Il semblerait donc qu'en cas d'aliénation ou de privation occupationnelle, la perte de signifiante entraînée par ces situations puisse nuire à la santé physique et psychique de la personne.

Pour contrer l'injustice occupationnelle subie par les résidents en EHPAD, il convient de rétablir leurs « droits occupationnels » (Townsend, 2013, p. 97). Selon Townsend et Wilcock (2004, traduit par Townsend, 2013, p. 95), ces droits sont les suivants : « l'attribution d'une signifiante et l'enrichissement par l'occupation » ; « l'engagement dans une gamme d'occupations favorisant la santé et l'intégration sociale » ; « la possibilité de faire des choix et de participer à la prise de décisions » ; « le droit d'avoir des privilèges égaux pour s'engager à divers degrés dans des occupations ». Le troisième droit occupationnel, relatif à la possibilité de faire des choix, fait écho à la perte d'autonomie des résidents évoquée dans ce mémoire.

D'ailleurs dans la version originale, en langue anglaise, ce droit occupationnel est formulé comme la possibilité d'exercer son autonomie à travers le choix de ses occupations (Townsend & Wilcock, 2004). L'autonomie est donc bien au centre de ce droit occupationnel. Ainsi, pour contribuer à rétablir la justice occupationnelle, l'ergothérapeute doit comprendre les structures sociales qui influent sur les « possibilités occupationnelles » des personnes et habiliter ces personnes à l'« autonomisation occupationnelle » (Townsend, 2013, p. 95).

Dans la mesure où la profession d'ergothérapeute se fonde sur le concept d'occupation, l'ergothérapeute a vocation à lutter contre l'injustice occupationnelle (Townsend, 2013, p. 95). Face à l'injustice occupationnelle constatée en EHPAD, il faut donc s'interroger sur l'action de l'ergothérapeute en tant qu'intervenant dans ce type d'établissement.

1.2.2 L'ergothérapeute en EHPAD : entre possibles et réalités

1.2.2.1 Missions de l'ergothérapeute en EHPAD : une réalité contrastée

L'ergothérapie n'est pas encore très connue au sein des EHPAD : à titre d'exemple, on constate que dans le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge pour la période 2020-2024, les ergothérapeutes ne sont cités que 2 fois sur 136 pages (El Khomri, 2019). Il est d'ailleurs fréquent en EHPAD que les missions et compétences de l'ergothérapeute soient mal identifiées, au point que l'ergothérapeute peut par moment être confondu avec un aide-soignant, un animateur ou un réparateur de matériel (Saragoni, 2015). Cette difficulté n'est pas spécifique à la France (Du Toit et al., 2019).

En 2015, l'ANFE (Saragoni, 2015) a précisé cinq domaines d'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD: 1) faire connaître la profession auprès des autres professionnels ; 2) prendre en charge l'installation et le positionnement des résidents ; 3) évaluer et maintenir l'indépendance par une « prise en charge rééducative ou réadaptative » ; 4) évaluer l'impact des troubles sensoriels sur les AVQ, proposer des techniques de compensation, prévenir la désadaptation motrice, proposer des ateliers de prévention des chutes, des aides techniques, stimuler les capacités cognitives, proposer des stratégies de compensation des troubles cognitifs, participer à la réduction de la contention physique ; 5) conseiller les autres

professionnels, par exemple sur la prévention des troubles musculo squelettiques ou pour l'accompagnement des personnes atteintes de démence.

Le concept d'occupation n'est pas évoqué dans ces cinq domaines d'intervention. Pourtant des ergothérapeutes travaillant en EHPAD témoignent de leur volonté d'y intégrer le concept d'occupation (Kuhn Lafont, 2022). La mise en pratique est cependant difficile. Une revue de littérature évoque comme raisons principales la culture biomédicale encore présente et la relative méconnaissance du métier d'ergothérapeute dans ces structures (Dancewicz & Bissett, 2020). Malgré cela, cette même revue de littérature, qui s'intéresse aux interventions d'ergothérapie dans des structures de type EHPAD, relève que sur 51 études à travers 18 pays, une majorité d'interventions ont but pour l'engagement des personnes dans une occupation. L'étude relève cependant que la mesure des résultats de ces interventions est majoritairement orientée vers la personne plutôt que sur l'occupation elle-même. Les auteurs appellent à ce que dans leur pratique en EHPAD, les ergothérapeutes aient une intervention centrée sur l'occupation, y compris pour l'évaluation de cette intervention, tout en prenant en compte la personne et l'environnement. En effet, l'intervention fondée sur l'occupation est spécifique de l'ergothérapie et l'analyse personne-environnement-occupation est une plus-value pour la compréhension de la situation des résidents d'EHPAD (Dancewicz & Bissett, 2020).

Cette plus-value de l'ergothérapeute est détaillée dans la littérature.

1.2.2.2 L'ergothérapeute, un professionnel au potentiel prometteur en EHPAD, en tant que spécialiste de l'occupation

A travers le concept d'occupation, l'ergothérapeute est désigné dans la littérature comme étant tout particulièrement outillé pour contribuer à contrecarrer l'injustice occupationnelle, notamment en « habilitant » les personnes à l'occupation (Townsend, 2013). Dans le cadre spécifique de l'EHPAD, où l'injustice occupationnelle est dénoncée par plusieurs auteurs (Causey-Upton, 2015; Du Toit et al., 2019), certains pointent notamment la transition entre le domicile et l'EHPAD comme période à risque au cours de laquelle l'ergothérapeute a

spécifiquement les compétences pour accompagner les personnes dans le maintien de leurs occupations et préserver ainsi leur santé (Causey-Upton, 2015; Križaj et al., 2016).

Toutefois, au vu du contexte particulier de l'EPHAD et de la fragilité des résidents, certains auteurs appellent à ce que l'approche occupationnelle soit partagée par l'ergothérapeute avec les autres professionnels intervenant dans la structure, afin de lutter efficacement contre l'injustice occupationnelle subie par les résidents (Causey-Upton, 2015; Du Toit et al., 2019). Du Toit et ses collègues vont même au-delà, prônant une perspective d'ensemble incluant familles, personnel et résidents, pour que les EHPAD puissent être considérés comme des « micro-communautés » (2019). Cette perspective d'ensemble fondée sur l'engagement occupationnel donnerait du sens pour tous, et pourrait donc également avoir un impact positif sur le personnel des EHPAD, en limitant les cas de burn-out. Les auteurs préconisent cependant que des recherches complémentaires soient effectuées pour valider cette analyse (Du Toit et al., 2019).

L'occupation, spécificité de l'ergothérapeute, se développe également comme support de prévention primaire, notamment auprès de publics âgés. La prévention primaire s'entend comme visant à réduire la survenue d'une maladie, tandis que la prévention secondaire vise à éviter la progression de la maladie, avant même tout symptôme, ce qui met le dépistage au cœur de cette phase de la prévention. La prévention tertiaire, quant à elle, a pour but de limiter les complications, invalidités ou rechutes consécutives à une maladie installée. Ces étapes de la prévention selon le stade de la maladie sont fréquemment utilisées en santé publique et sont attribuées à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Flajolet, 2008).

1.2.3 L'occupation comme support de prévention primaire

Le lien entre la santé et l'occupation a servi de fondement à des interventions préventives fondées sur l'occupation. Dès 1997, une étude américaine portant sur plus de 360 personnes a démontré qu'un programme fondé sur l'occupation chez des personnes âgées vivant à domicile pouvait leur permettre à titre préventif de préserver leur santé physique et

mentale (Clark et al., 1997). Le programme à l'origine de cette étude, le Well Elderly Programm, devenu Lifestyle Redesign[®], a également été appliqué au Québec, à titre expérimental, sous le nom « Remodeler sa vie ». Un impact de ce programme sur la santé mentale des participants a notamment été relevé (Levasseur & Levesque, 2019). L'Europe s'est également intéressée à ce type de programme, avec les programmes Lifestyle Matters en Grande Bretagne et le tout nouveau programme TaPasS (Temps d'accompagnement Prévention activités signifiantes et Santé) en France (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, & Joussaume, 2023), qui concerne lui aussi des personnes âgées vivant à domicile (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, & Joussaume, 2023). L'occupation y est présentée comme un outil de prévention (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, & Joussaume, 2023).

Le lien entre santé et occupation en EHPAD, bien qu'il mériterait d'être mieux documenté, a été exposé plus haut. Le lien entre occupation et prévention, quant à lui, a été fait depuis plus de vingt ans pour les personnes âgées vivant à domicile, comme présenté ci-dessus. Quelles opportunités ces constats ouvrent-ils à l'ergothérapeute qui travaille en EHPAD ?

1.3 L'ergothérapeute, un professionnel outillé pour la prévention par l'occupation en EHPAD

Face à la situation à risque que constitue pour les personnes âgées l'entrée en EHPAD, et fort du lien entre occupation et santé physique et mentale, comment l'ergothérapeute peut-il utiliser ses compétences spécifiques en matière d'occupation pour prévenir une éventuelle dégradation physique et/ou psychique des résidents en EPHAD ? La prévention chez les personnes âgées est une démarche encore peu développée en France (Libault, 2019; Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023). Elle peut pourtant être une perspective intéressante pour l'ergothérapeute en EHPAD.

1.3.1 Évolution nécessaire du monde de la santé en direction de la prévention ciblant les personnes âgées

Dans le contexte d'une population vieillissante, la prévention de la perte d'autonomie et du déclin fonctionnel chez les personnes âgées est notamment portée par l'OMS avec le projet Integrated Care for Older People (ICOPE), qui vise à mieux détecter les facteurs de fragilité chez les seniors (ARS Occitanie, 2023).

En France, cet objectif de prévention peine à être mis en application. Ce constat est dressé dans le rapport Libault à plusieurs reprises, ici à titre d'exemple dans sa synthèse : « la prévention de la perte d'autonomie occupe une place sinon marginale du moins mal identifiée et en tout état de cause peu lisible dans les politiques du grand âge » (2019, p. 16). Le rapport dénonce notamment une approche préventive strictement sanitaire, à travers les vaccinations et le dépistage, qui ne prend pas en compte suffisamment « l'approche capacitaire de l'individu » (2019, p. 51). Citant le programme ICOPE de l'OMS, le rapport conclut : « L'offre de prévention est encore trop éloignée de cette approche. » (2019, p. 56).

En France, Morel-Bracq et ses collègues dressent quant à eux le constat que « la démarche de prévention en santé auprès des personnes vieillissantes ne se fait que lentement » et que « l'ergothérapie n'y trouve pas toujours sa place », alors même que le concept d'occupation permet une démarche préventive (2023, p. 34). Les auteurs évoquent un « changement de perspective » nécessaire dans la profession, les ergothérapeutes ayant été formés pour intervenir dans le cadre d'un problème de santé, mais pas en préventif (2023, p. 38). Cet avis est partagé par Devanneaux, autre ergothérapeute française, qui indique que la prévention exige un « nouveau positionnement professionnel » qui « n'est pas spontané et nécessite un vrai changement de perspective » (2019, p. 21).

Cet état de fait concerne les personnes âgées vivant à domicile. On constate que la notion de prévention en EHPAD paraît encore plus fragile.

1.3.2 Peut-on parler de prévention en EHPAD ?

Si le rapport Libault martèle la nécessité de mettre en œuvre des politiques de prévention de la perte d'autonomie pour les personnes âgées vivant encore à domicile, la prévention en EHPAD y est comparativement très peu évoquée, à deux reprises seulement, pour appeler d'une part à la promotion de l'activité physique et à la prévention des chutes (2019, p. 86), et d'autre part à la généralisation de la détection des fragilités à l'entrée en EHPAD et au « recours régulier à l'intervention de compétences spécialisées (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, etc.) pour assurer le suivi et préserver les capacités fonctionnelles des résidents. » (2019, p. 90).

Cette évocation peu développée de la prévention en EHPAD dans le rapport Libault fait également écho au titre évocateur d'un dossier du Journal des soins en EHPAD : « La prévention en EHPAD, une utopie ? ». Interrogé par cette revue, Yves Rolland, gériatre, responsable Post-urgences Gériatrique au CHU de Toulouse et impliqué dans l'expérimentation ICOPE en Occitanie, préconise, pour une véritable prévention en EHPAD, une évaluation et une prise en charge globales dès l'entrée dans l'institution, grâce à une coopération interdisciplinaire (2023, p. 10). Pour Jean-Pierre Aquino, Délégué Général de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), également interrogé dans la revue, plutôt que de s'attacher aux déficits, il faut valoriser les aptitudes conservées, qui vont permettre de structurer l'accompagnement (2023, p. 12). Pour lui, la prévention en EHPAD entre dans la prévention tertiaire, visant donc à éviter l'aggravation des déficits existant et la survenue de nouveaux déficits (2023, p. 13). Sont évoqués à ce titre notamment la dénutrition, les chutes et la dépression. En EHPAD, la prévention tertiaire pourrait donc avoir pour but d'éviter la dégradation des personnes une fois rentrées dans l'institution, tant sur le plan physique que psychique, telle que décrite en première partie de ce mémoire. Elle reste toutefois à développer en tant que telle.

Sur ce point, comme cela a été détaillé en deuxième partie, l'ergothérapeute dispose de compétences spécifiques en lien avec le concept d'occupation. Dans la perspective d'une action de prévention tertiaire impliquant l'ergothérapeute en EHPAD, deux outils existants seront envisagés ici comme base d'une potentielle intervention fondée sur le concept d'occupation.

1.3.3 Zoom sur deux outils de prévention potentiellement mobilisables par l'ergothérapeute en EHPAD

L'objectif de cette partie est d'analyser deux outils existants, sous l'angle de la prévention et du concept d'occupation, afin de comprendre dans quelle mesure ces outils peuvent s'avérer pertinents pour la pratique des ergothérapeutes en EHPAD, dans un but de prévention de la dépression et du déconditionnement physique.

1.3.3.1 Le projet de vie individualisé, un outil déjà existant en EHPAD

L'existence des projets de vie en établissements médico-sociaux est reconnue depuis la loi dite 2002-2 (LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002). Depuis 2015, et actuellement à travers le code de l'action sociale et des familles, la loi reconnaît au résident d'EHPAD le droit à un accompagnement individualisé et à une participation à l'élaboration du projet d'accompagnement le concernant (Article L311-3 du CASF, 2024). Une enquête réalisée par l'ANESM en 2015 indiquait qu'en moyenne par établissement, ce sont 64 % des personnes accompagnées qui disposaient, au moment de l'enquête, d'un projet personnalisé formalisé, élaboré en équipe pluri-disciplinaire et global (2016, p. 14). La pratique du projet individualisé, autrement appelé projet de vie ou projet d'accompagnement, n'est donc pas systématique. Dans sa proposition 67, le rapport Libault propose d'ailleurs d'en faire un document contractuel obligatoire entre la structure et la personne, notamment pour y fixer « les horaires des repas, des soins, toilette, activités de vie sociale et de rééducation » (2019, p. 85).

Le contenu proposé dans le rapport Libault pour ce projet de vie lui est propre. Il apparaît en effet que selon les sources, le projet de vie présente des objectifs et contenus différents. Par exemple, pour un gériatre coordonnateur d'EHPAD, auteur de l'ouvrage « Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD », le projet d'accompagnement personnalisé « précise les actions nécessaires à la compensation des incapacités afin de satisfaire les besoins et les attentes du résident » (Le Brun, 2018, p. 98), tandis que pour l'association Réseau de consultants en gérontologie, auteur de l'ouvrage « Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées », il faut partir du postulat que « la personne

humaine n'est pas réductible à la somme de ses déficits fonctionnels, physiques ou intellectuels » (Amyot et al., 2017, p. 62), le projet de vie ayant pour objectif de « tenter de préserver l'identité de chaque résident et [de] l'aider à créer dans cet établissement un mode de vie quotidien qui ait du sens par rapport à ce qui procède de sa vie propre » (Amyot et al., 2017, p. 63).

Bien que ces derniers auteurs ne citent pas l'ergothérapeute parmi les professions susceptibles de contribuer au projet de vie des résidents, leur vision du projet de vie se rapproche beaucoup de l'approche ergothérapique présentée en partie 1.2 de ce mémoire, qui pour rappel souligne notamment la nécessité pour les ergothérapeutes d'accompagner les personnes dans le maintien de leurs occupations lors de la transition du domicile à l'EHPAD (Causey-Upton, 2015) pour leur permettre de préserver leur santé à travers des activités signifiantes (Townsend, 2013). Par ailleurs, quasiment toutes les sources consultées sur le projet de vie évoquent la nécessité de son appropriation par tous les acteurs de l'institution, à travers une approche pluridisciplinaire (Alegre, 2023; Amyot et al., 2017, p. 219; ANESM, 2018). De la même façon, dans la recherche en ergothérapie, certains auteurs appellent à ce que l'approche occupationnelle soit partagée par l'ergothérapeute avec les autres professionnels intervenant dans la structure, afin de lutter efficacement contre l'injustice occupationnelle subie par les résidents (Causey-Upton, 2015; Du Toit et al., 2019). Enfin, pour les auteurs de l'ouvrage «Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées », la personne doit travailler à son projet de vie dans les temps qui suivent son arrivée en EHPAD : « C'est à cette condition que l'établissement pourra devenir son lieu de vie. Sinon, ce sera vraisemblablement au péril d'un décrochage, d'une somatisation, d'un syndrome de glissement... et autres actes signifiants de clôture de vie » (Amyot et al., 2017, p. 63-64). Ces propos évoquent le lien que font les sciences de l'occupation entre perte occupationnelle et dégradation de la santé.

Ainsi, le projet de vie et l'approche ergothérapique peuvent être en adéquation, l'intervention de l'ergothérapeute pouvant s'avérer particulièrement pertinente pour le projet de vie de la personne. Pourtant, les ergothérapeutes ne sont pas identifiés comme professionnels privilégiés pour y prendre part. D'ailleurs, parmi les sources consultées au sujet du projet de vie individuel (Alegre, 2023; Amyot et al., 2017; ANESM, 2018; Éloi & Martin, 2017; Fourrier, 2020), seule l'ANESM cite les ergothérapeutes comme susceptibles de

participer à ce projet. Ce paradoxe constitue une preuve supplémentaire de la méconnaissance des compétences de l'ergothérapeute dans la sphère des EHPAD. En pratique, on peut se demander dans quelle mesure les ergothérapeutes prennent part au projet de vie individualisé en EHPAD. Les seules sources qui ont pu être consultées sur ce point sont des mémoires de fin d'études en ergothérapie.

En définitive, si en théorie le projet de vie possède un potentiel d'utilisation par l'ergothérapeute au profit des résidents d'EHPAD, celui-ci n'est pas identifié comme possible participant, malgré une culture professionnelle totalement adaptée à cet outil.

1.3.3.2 Le programme TaPasS, un nouvel outil pour la prévention auprès des personnes âgées.

Tout récemment, une équipe d'ergothérapeutes français vient de proposer un programme de prévention primaire pour les personnes âgées, fondé sur les occupations. Il s'agit du programme TaPasS (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023).

Présenté comme complémentaire du programme ICOPE et du plan national anti-chute, ce programme a pour objectif « d'optimiser la participation sociale des seniors par le développement d'habiletés spécifiques » et « d'encourager le développement de routines favorisant l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé et l'engagement dans des activités significatives correspondant aux valeurs, capacités et souhaits de la personne ». Pour mener à bien ces objectifs généraux, le programme décline trois objectifs opérationnels pour les participants : « l'identification et la mise en application de changements réalistes et durables dans les habitudes de vie ; l'élaboration de stratégies pour surmonter les obstacles réels ou imaginés [...] la participation et l'engagement dans les activités ciblées impliquant la pratique et la répétition des changements dans la routine quotidienne » (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023, p. 51).

Le programme est prévu pour se dérouler sur 6 à 9 mois, avec 24 rencontres collectives sur des modules thématiques et 5 à 10 rencontres individuelles. A titre d'exemple, les modules proposés s'intitulent « activer son corps », « interagir avec les autres », « se reposer et

dormir » ou encore « développer son potentiel ». Chaque module se déroule en plusieurs séances. Le déroulé sur plusieurs mois a pour but de permettre véritablement aux changements de se mettre en place.

La structure de ce programme évoque fortement les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), notamment avec la présence d'une évaluation initiale et d'une évaluation finale, la formation des bénéficiaires pour favoriser leur autonomie dans la gestion de leur santé, l'organisation en modules au choix des personnes.... D'ailleurs, « la formation à l'éducation thérapeutique du patient » des professionnels est jugée comme étant « un complément appréciable » pour la gestion du programme (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023, p. 59).

La coordination du programme est obligatoirement prise en charge par un ergothérapeute. De même, le suivi individuel des participants est assuré par un ergothérapeute. L'animation des ateliers peut être réalisée par un ergothérapeute, un paramédical ou rééducateur APA (activité physique adaptée), travaillant en étroite collaboration avec le coordinateur.

Une différence notable avec l'ETP est qu'en théorie l'ETP concerne une population de patient atteints d'une pathologie (HAS, 2013), tandis que le programme TaPasS s'adresse à des personnes de plus de 60 ans au titre de la prévention primaire, c'est-à-dire pour éviter la survenue de pathologies liées au vieillissement. Ainsi, les personnes concernées par ce programme sont des personnes de plus de 60 ans, « fragiles ou pré-fragiles », sans troubles cognitifs majeurs, vivant à domicile et en capacité de se rendre physiquement aux séances collectives.

A la description des grandes lignes de ce programme TaPasS, on constate qu'il ne concerne pas la situation des résidents en EHPAD. Ceux-ci sont même expressément exclus du programme (2023, p. 52). Toutefois, ce type de programme est présenté comme potentiellement adaptable à d'autres situations (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, & Joussaume, 2023). Par ailleurs, dans la conclusion de leur deuxième étude sur le programme Lifestyle Redesign[®], dont le programme TaPasS s'inspire, F. Clark et ses collègues indiquent qu'une étude du même type devrait être réalisée en établissements de type EHPAD (Clark et al., 2012).

Les bases conceptuelles du programme TaPasS paraissent en effet très intéressantes pour l'application d'un programme qui s'en inspirerait en EHPAD.

S'agissant d'un programme d'éducation, le programme TaPasS a vocation à rendre les personnes compétentes pour prendre les bonnes décisions relatives à leur santé, permettant ainsi l'« empowerment » des personnes (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023, p. 12). Néanmoins, le contexte de l'EHPAD s'avère particulièrement peu propice aux initiatives individuelles, comme cela a été évoqué plus haut. Par ailleurs, les situations d'alinéation occupationnelle, dont sont victimes les résidents d'EHPAD, ne relèvent pas de leur fait, mais de l'organisation de l'EHPAD lui-même (Bor, 2023). Le changement dans les routines, rendu possible par le programme TaPasS dans le contexte de personnes vivant à domicile, ne dépend donc pas que des personnes, lorsqu'elles résident en EHPAD.

En ce sens, l'ouverture du programme à la participation d'autres professionnels, prévue pour le programme TaPasS, s'avèrerait absolument indispensable en EHPAD, afin de garantir l'adhésion du plus grand nombre au sein des équipes évoluant dans la structure. Cette nécessité d'une démarche pluridisciplinaire autour du grand âge est très souvent rappelée, notamment par le rapport Libault, qui dans sa proposition 74 appelle au développement d'une culture partagée de la prévention (2019).

De façon encore plus globale, comme évoqué plus haut, certains ergothérapeutes appellent en EHPAD à une approche occupationnelle cohérente entre les professionnels, les résidents et leurs familles, qui donnerait du sens pour tous et permettrait de rétablir la justice occupationnelle à l'égard des résidents (Du Toit et al., 2019). Pour Bor (2023), l'approche communautaire permet de répondre à cet objectif. Pour elle, comme pour Du Toit et ses collègues, les EHPAD sont d'ailleurs des micro-communautés (Bor, 2023; Du Toit et al., 2019). La communauté, terme d'origine anglophone, fait référence à « l'idée de village, de mairie, de quartier, c'est-à-dire l'environnement immédiat d'une personne, au-delà de sa famille » (Béguin Botokro, 2015, p. 297). L'approche communautaire peut se définir comme complémentaire de l'approche individuelle (Clavreul, 2020). En ergothérapie, c'est une intervention « d'intérêt collectif », qui prend en compte « de manière systémique les déterminants structurels de la santé (cohésion sociale, partage du pouvoir et des ressources...)» (Clavreul, 2020). Le programme TaPasS s'inspire justement expressément de la

réadaptation à base communautaire (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023, p. 12-13), autrement appelée RBC. Pour Béguin Botokro, l'approche RBC peut être vue comme « un outil inclusif, permettant à chaque membre de la communauté de réaliser sa pleine participation sociale ». Il serait intéressant d'approfondir la question de l'éventuelle mise en application en EHPAD d'un programme du même type, à travers une approche communautaire.

On entre de plus en plus tard en EHPAD, de plus en plus dépendant et de moins en moins autonome. Dans ce contexte, les EHPAD tendent vers une médicalisation croissante, et donc vers un fonctionnement hospitalier contraignant qui va fortement peser sur l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée, la plaçant en situation d'aliénation et/ou de perte occupationnelles, avec des conséquences possibles sur sa santé physique et mentale. Pour lutter contre cette injustice occupationnelle, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur le concept d'occupation, qui permet notamment une intervention préventive. Dans ce contexte, la prévention en EHPAD peut relever de la prévention tertiaire, dont le but est d'éviter l'aggravation de l'état physique et psychique des personnes. Pour une plus grande efficacité de l'approche occupationnelle, certains auteurs appellent à un partage de cette approche avec les autres professionnels intervenant dans la structure. Quelques-uns considèrent l'EHPAD comme une micro-communauté incluant familles, résidents et personnel. Dans cette perspective de prévention par l'occupation en EHPAD, deux outils existants ont été présentés dans cette première partie de mémoire : le projet de vie individualisé, largement pratiqué en EHPAD, et le programme TaPasS, tout nouveau programme de prévention primaire fondé sur l'occupation, pour les personnes âgées à domicile. En théorie, ces deux outils présentent des caractéristiques compatibles avec une intervention préventive fondée sur l'occupation en EHPAD. Qu'en est-il en pratique ? **Dans quelle mesure et selon quelles modalités les ergothérapeutes intervenant en EHPAD envisagent-ils l'occupation comme moyen de prévention du déconditionnement physique et de la dépression des résidents sans troubles cognitifs majeurs ?** Pour esquisser une réponse à cette problématique, et tenter d'en affiner les contours, une enquête exploratoire de terrain a été réalisée. La méthodologie de cette enquête est présentée ci-dessous.

2 Partie méthodologique

Cette enquête de terrain a eu pour but d'investiguer dans quelle mesure les ergothérapeutes intervenant en EHPAD envisagent l'occupation comme moyen de prévention du déconditionnement physique et de la dépression des résidents sans troubles cognitifs majeurs. Elle a été menée à travers une approche qualitative, par des entretiens semi-directifs, le but de cette approche étant d'obtenir des retours de terrain subjectifs et détaillés, afin de les confronter ensuite à la recherche menée initialement sur des bases théoriques.

2.1.1 Réalisation de l'échantillonnage

Pour répondre au mieux à l'objectif de l'enquête, des critères d'inclusion cumulatifs ont été fixés pour l'échantillonnage des personnes à interroger, à savoir : 1/des ergothérapeutes diplômés d'état, 2/ intervenant ou étant intervenu en EHPAD il y a moins de 5 ans, notamment auprès de personnes sans troubles cognitifs majeurs.

Afin d'obtenir un panel pertinent dans la perspective du mémoire, l'échantillon espéré devait comprendre au moins une personne témoignant d'un intérêt pour les concepts d'occupation ou de prévention, sans pour autant ne comprendre que des personnes répondant à ce critère. Cet échantillon a été fixé à trois personnes. Pour préserver au mieux l'anonymat de ces personnes, il sera simplement précisé qu'elles toutes ont été contactées par internet.

2.1.2 Aspects pratiques et éthiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre février et avril 2024, tous en visio, en raison de l'éloignement des participants. Leur durée s'est étendue de 40 minutes pour le plus court à une heure pour le plus long. Ces trois entretiens ont été enregistrés en audio, pour être ensuite intégralement retranscrits par écrit, dans le but de leur analyse.

Au préalable, afin de garantir au mieux les conditions d'anonymat et de confidentialité, un formulaire de consentement à participation à une étude exploratoire de terrain a été signé avec la personne interviewée, qui détaille notamment les conditions de recueil, de conservation et d'utilisation des données issues de l'entretien (annexe A).

2.1.3 Structure des entretiens

En tant qu'outils d'investigation de cette étude de terrain exploratoire, ces entretiens semi-dirigés ont été préparés à l'avance au moyen d'une grille (annexe B).

La constitution de cette grille a eu pour but de décliner sous forme de questions l'objectif de l'enquête de terrain, à travers dix questions regroupées en cinq thèmes : 1/état des lieux sur la situation des résidents en EHPAD du point de vue de l'ergothérapeute, 2/interventions envisagées autour de l'occupation, 3/mise en œuvre concrète de ces interventions, 4/résultats de ces interventions et 5/pistes pour l'avenir.

Les dix questions figurant dans la grille d'entretien sont volontairement larges, pour permettre une réponse à tout ergothérapeute, quelle que soit sa sensibilité au sujet ou son niveau d'expertise. Des indicateurs sont renseignés en regard des questions, pour guider l'étudiante enquêtrice dans les thèmes attendus en réponse à chaque question, et permettre ainsi d'éventuelles relances. A la suite de ces questions, il est prévu dans la grille de demander à l'interviewé s'il souhaite apporter un complément. Par ailleurs, un temps d'échange final est réservé pour évoquer le parcours de l'interviewé et celui de l'étudiante. Cette partie été volontairement placée à la fin, pour que l'enquête ne soit pas biaisée par cette partie de présentations, envisagée comme un temps d'échange plus amical.

L'autre but d'une telle grille d'entretien a été de permettre une comparaison plus aisée des entretiens, puisque ceux-ci ont tous pu être réalisés à partir de la même trame. L'analyse des résultats a de ce fait pu être réalisée selon la méthode thématique comparative.

3 Résultats et analyse

3.1 Les participants

Pour contextualiser les propos tenus par chacun des participants, une très brève présentation de ces trois personnes est synthétisée ci-dessous :

Tableau 1 Profil des personnes interrogées

	E1	E2	E3
Diplôme (s) et année d'obtention	DE, 2015 +Master en cours	DE, 2018 +Master	DE, 2002
Durée de l'expérience en EHPAD	5 ans	10 mois	22 ans
Type d'EHPAD	Associatif, environ 100 résidents.	Grand groupe privé, 80 résidents	Associatif, 90 résidents

3.2 Thématiques abordées en entretien

Les thématiques abordées en entretien ont suivi celles prévues dans le guide.

3.2.1 Etat des lieux sur la situation des résidents en EHPAD

3.2.1.1 Indépendance et autonomie des résidents en EHPAD

Au cours des entretiens, des sous-thèmes ont pu émerger en lien avec l'indépendance et l'autonomie des résidents en EHPAD.

3.2.1.1.1 Les notions d'indépendance et d'autonomie

E2 et E3 relèvent que ces deux notions sont souvent confondues en EHPAD. E2 détaille les conséquences pratiques de cette confusion : « les soignants en EHPAD considèrent que si une personne est dépendante elle n'est plus autonome et souvent inversement [...] Donc dès qu'il y a des troubles moteurs, on pense qu'il y aussi des troubles cognitifs alors que c'est pas forcément le cas [...]: j'ai la situation d'un résident où il pouvait plus communiquer parce que complètement aphasique mais en fait il avait toute sa tête et des soignants lui parlaient comme s'il y avait des troubles cognitifs évolués alors que c'était pas le cas ... »

3.2.1.1.2 L'impact de l'institution sur l'indépendance et l'autonomie des personnes

Les trois ergothérapeutes interrogés mettent en avant une forme de paradoxe dans l'EHPAD, et constatent, avec plus ou moins d'insistance, la difficulté de l'institution à prendre en compte les besoins individuels des résidents. E1 et E2 analysent cette situation à travers le concept d'occupation, plus particulièrement au moment de l'arrivée du résident en EHPAD.

-Le paradoxe de l'EHPAD : Pour E1, l'autonomie et l'indépendance des résidents en EHPAD sont limités par le « modèle biomédical », centré sur les déficits plutôt que sur les capacités de la personne, qui de ce fait fournit directement un service standardisé. La personne ne pourra donc plus se faire à manger ou plier son linge. Et si elle demande à réaliser ce type de tâche, « comme c'est quelque chose d'exceptionnel dans le cadre institutionnel, ça va lui demander beaucoup d'efforts et ça demande aussi beaucoup d'efforts à l'institution de s'adapter à ça ». Ainsi pour E1, « l'autonomie des personnes en EHPAD c'est quelque chose que l'on cherche [...] mais qui est contraint par le modèle institutionnel ».

E2 et E3 évoquent également ces limites paradoxales induites par l'EHPAD. Pour E2, si « l'enjeu principal, normalement, de l'EHPAD, c'est de maintenir [...] l'autonomie et l'indépendance le plus possible », en pratique « ce n'est pas forcément évident parce que l'institution des fois fait que ça peut entraîner une perte, de fait, d'autonomie et d'indépendance de la personne ». L'autonomie se retrouve impactée par l'aspect « routinier » de l'EHPAD, qui va imposer au résident les horaires de repas par exemple. Quant à l'indépendance, elle se trouve impactée par la recherche d'efficacité, par exemple à la toilette, où pour gagner du temps « les soignants vont faire à la place » de la personne des choses qu'elle pourrait faire elle-même en prenant plus de temps, ce qui ne va pas contribuer au maintien de ses capacités, « donc ça peut accélérer aussi un peu la perte d'indépendance ».

E3 souligne quant à lui les aspects à la fois positifs et négatifs de l'EHPAD sur l'indépendance et l'autonomie des résidents. Pour lui, l'EHPAD peut favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne en ce qu'« elle est stimulée, elle est encadrée, il y a des choses qui sont mises en place pour qu'elle puisse se débrouiller par elle-même et choisir de faire des choses par elle-même [...] ». Toutefois, E3 relève lui aussi « les contraintes de la vie en

collectivité », qui peuvent constituer «un frein à l'autonomie de la personne quand elle rentre en EHPAD ». Par exemple l'heure de début du repas est imposée. Par contre, l'heure de fin du repas ne peut être dictée par le service : « on n'a pas à regarder si c'est arrangeant ou pas pour les équipes [...] si un résident, il veut manger tout seul, il se salit un peu et il prend plus longtemps que les autres, ben tant pis, tant pis ».

-Les difficultés de l'EHPAD à prendre en compte les besoins individuels des résidents :

Ci-dessus, E3 met en avant les efforts des équipes pour se conformer au mieux aux habitudes de la personne. Mais à plusieurs reprises il évoque aussi la difficulté de cet exercice, dans le contexte de vie en collectivité : « C'est la collectivité qui impose les horaires malgré tout, parce que en termes d'organisation on n'a pas le choix. Et... même si on essaie de respecter au maximum les désirs de chacun, ça reste compliqué. ». Ce constat est partagé par E1 et E2. Pour E1, « c'est pas impossible, mais ça demande beaucoup de travail d'équipe et de discussions pour que ces objectifs individualisés puissent se mettre en pratique dans le quotidien ». E2 évoque quant à elle la difficulté à réaliser un suivi individuel dans le cadre-même de son intervention en ergothérapie, suivi qu'elle juge « loin d'être évident en EHPAD quand même, il faut le dire », en précisant « j'ai de la chance de pouvoir le faire un petit peu mais ça a quand même...enfin, voilà, j'ai un peu forcé pour pouvoir le faire ».

-Analyse de la situation de l'entrée en EHPAD à travers le concept d'occupation : Dans ce contexte institutionnel, E1 et E2 se rejoignent pour qualifier l'entrée en EHPAD respectivement de « privation occupationnelle » et de « rupture occupationnelle ».

E1 considère que « l'institutionnalisation va venir créer du vide » ce qui constitue un « risque », notamment de dépression : « on risque de venir créer des troubles et une forme de dépendance parce que la personne, elle n'utilise pas ses capacités en fait, et que le vide crée de l'ennui et l'ennui, l'ennui ça amène souvent, ça peut amener à de la dépression, dans certains cas. ». Interrogée sur le risque potentiel de déconditionnement physique du fait de cette « privation occupationnelle », elle considère qu'« effectivement ça peut amener un déconditionnement physique parce que les personnes qui rentrent en institution elles ont tendance à rester à l'intérieur de l'institution [...] donc en fait ça amène une diminution des mouvements le fait de pas sortir, le fait de pas réaliser ses tâches quotidiennes, fait que moins on en fait, moins on en fait ». E2, quant à elle, emploie la notion de « rupture

occupationnelle », qu'elle compare à une « perte, » en évoquant la vie du résident avant et après son entrée en EHPAD : « c'est une personne qui, potentiellement, participait au moins, peut-être un peu à la cuisine, avait des activités de loisirs, des activités de vie quotidienne, qu'elle faisait chez elle avec un certain rythme... Ben, en allant à l'EHPAD [...] il y a des choses qui ne sont plus faites »

3.2.1.2 L'arrivée du résident en EHPAD du point de vue de l'ergothérapeute

Les trois ergothérapeutes interrogés, s'ils n'emploient pas toujours le même vocabulaire, expriment le même enjeu pour l'ergothérapeute lors de l'arrivée d'un résident en EHPAD. Les points de vue diffèrent toutefois légèrement sur le projet de vie individualisé.

3.2.1.2.1 L'enjeu de l'arrivée en EHPAD du point de vue de l'ergothérapeute

Pour E1, « le travail d'ergo en EHPAD c'est un peu un travail d'équilibriste, entre jongler entre ce que la personne aurait envie, ce qu'elle faisait avant, et ce qui est possible dans l'institution [...] » le but étant que les personnes « soient actrices de leur journée et soient pas nécessairement toujours dans le fait d'attendre ». L'intervention de l'ergothérapeute va donc s'organiser autour des occupations des résidents : « il faut avoir une intervention qui est centrée sur le résident et centrée sur les occupations, pour pouvoir en fait lui permettre de s'investir dans des occupations qui ont du sens, et qui lui permettent de rester en lien »

De même, E2 explique qu'à l'arrivée d'une personne en EHPAD, l'enjeu principal pour l'ergothérapeute, c'est « la transition au niveau des occupations ». Elle implique « de savoir ce que faisait la personne avant, quelles étaient ses occupations, ses activités et comment maintenir ou trouver des activités, en tout cas, qui reprennent ce qui a du sens pour elle en EHPAD ». Dans ce but, l'ergothérapeute va « faire un point avec la personne » et rechercher « ce qui a été fait avant à domicile, pourquoi elle vient en EHPAD, dans quelles conditions ».

E3 la rejoint parfaitement sur l'importance pour l'ergothérapeute de connaître la situation de la personne avant son entrée en EHPAD : « Tout l'enjeu quand un résident il entre, c'est de connaître un maximum ses habitudes. ». Pour cela, à défaut « d'aller le voir dans son milieu avant qu'il rentre », ce qui selon E3 serait l'idéal mais s'avère difficilement réalisable,

«ce qui est important c'est d'avoir un entretien avec le résident, avec sa famille, pour connaître ses habitudes de vie et puis après pouvoir y coller un maximum à son entrée, pour qu'il s'habitue le plus rapidement possible à son nouveau milieu de vie et qu'il puisse y évoluer de manière sereine. »

3.2.1.2.2 La question de l'utilité du projet de vie individualisé pour l'ergothérapeute

Interrogé sur l'utilisation du projet de vie individualisé dans sa pratique, E3 considère que « plutôt que d'utiliser le projet de vie comme un outil, c'est plutôt l'intervention qui vient alimenter le projet de vie ». L'ensemble de l'équipe participe ainsi à la co-construction du projet de vie, avec la personne et la famille, dans les semaines qui suivent l'entrée.

E1, quant à elle, perçoit le projet de vie individualisé comme un « outil » qui a « beaucoup de potentiel », parce que « très pertinent en EHPAD », mais « sous-utilisé ». Si elle loue la « philosophie de l'outil », « parfaitement centré sur la vie du résident » et impliquant « une collaboration étroite entre tous les professionnels, dans le sens du résident », elle relève cependant « une petite incohérence » puisque l'organisation de l'EHPAD autour du « modèle biomédical » ne prend pas en compte « les occupations et ce qui est signifiant pour la personne » et rend de ce fait difficile l'application d'un projet individualisé par les équipes soignantes. Par ailleurs elle ne précise pas si elle y participe activement.

3.2.2 Les interventions envisagées autour de l'occupation

3.2.2.1 Moyens d'action de l'ergothérapeute pour diminuer l'impact du fonctionnement de l'EHPAD sur les résidents

Globalement, les trois ergothérapeutes interrogés mettent en avant les mêmes moyens d'action, tout en ayant leur propre façon de les exprimer.

3.2.2.1.1 Action de l'ergothérapeute à travers des projets individuels

Pour E1, l'ergothérapeute sert de « catalyseur » dans les « projets individuels » des résidents, grâce à une « grille de lecture » qui lui est propre : « la plupart des autres professionnels vont avoir une grille plutôt biomédicale », centrée « sur la pathologie, les symptômes, les déficits et la prise en charge », tandis que l'ergothérapeute a pour spécificité d'être « centré sur les occupations [...], de s'intéresser à ce que fait la personne, à ce qu'est la personne, et comment ça va pouvoir s'exprimer dans son quotidien, dans son environnement. »

E2 considère également que le « suivi individuel des personnes » est le moyen privilégié de l'ergothérapeute pour diminuer l'impact de l'EHPAD sur les résidents. Elle cite également les évaluations et les analyses d'activité, pour comprendre « quelles sont les problématiques que peut rencontrer la personne, et [...] comment on peut ou par de la rééducation ou, par du système de compensation », « réussir à maintenir l'activité, même malgré les difficultés. »

En substance, E3 évoque lui aussi un suivi individuel, expliquant que dans le contexte institutionnel, son objectif va être de permettre une indépendance maximale de la personne, pour lui permettre de retrouver son autonomie, par exemple pour la toilette : « si elle peut le faire toute seule et ben ma foi elle aura plus besoin d'attendre la toilette ».

3.2.2.1.2 Contexte de l'intervention

Pour E2, l'action concrète de l'ergothérapeute va dépendre de la politique de l'EHPAD, qui va impacter sa liberté d'action et le temps dont il disposera, « parce qu'il y a beaucoup d'EHPAD où les ergothérapeutes ont un temps très réduit pour un nombre de résidents qui est très fort, donc très souvent ils sont assignés à du matériel, du positionnement.»

E1 évoque quant à elle un principe de réalisme, en prenant l'exemple de la douche : si l'intervention de l'ergothérapeute met en évidence des capacités de la personne à se doucher mais, avec une aide humaine, il faut prendre en compte le fait qu'« un aide-soignant il a entre 10 et 13 toilettes à réaliser par jour [...] ils peuvent pas forcément se permettre de passer 45 min avec une personne ». En pratique, dans cette hypothèse, elle va alors privilégier une autre

occupation, plus facile à mettre en œuvre : « même si la personne avait les capacités, [...] on va essayer de viser autre chose dans la journée, qui est un peu plus réaliste. »

E2 aussi met en évidence des difficultés de réalisation concrète de son intervention concernant la douche, notamment la difficulté de communiquer avec tous les aides-soignants sur une situation particulière, à la fois par manque de temps et du fait de leurs horaires de travail, différents des siens. Pour mettre en place correctement les aides à la douche, elle a eu recours à « une procédure dans la salle de bain, affichée en gros, pour que tous les soignants au fur et à mesure soient formés », tout en « formant les résidents à former les soignants ». Pour elle, il est « crucial » de former les aides-soignants au maintien de l'indépendance, « pour qu'ils apportent la juste aide nécessaire et pas qu'ils fassent tout à la place de la personne ».

Sur la question du rapport aux aides-soignants, E1 expose le cas du repas du midi, où spontanément les résidents étaient installés à table dans leur fauteuil roulant. Elle a souhaité encourager les personnes qui en avaient les capacités à réaliser un transfert de leur fauteuil roulant à une chaise normale lors du repas. Cette initiative lui a demandé « une certaine pédagogie [...] avec les aides-soignantes, et ça se fait généralement petit à petit, résident par résident ». Le résultat « a un impact à la fois sur les occupations du résident », du fait de manger sur « de jolies chaises », donc « dans un environnement agréable », mais permet également, en « [soutenant] les capacités musculaires » par le transfert, de « [préserver] l'intégrité de la peau » et « donc au final [de diminuer] la charge soignante parce que si la personne après déclenche une escarre, ça amène des pansements et cetera ... ».

Pour sa part, E3 insiste à plusieurs reprises sur l'aspect fondamental du travail en équipe dans son quotidien et notamment dans le cadre des suivis individuels : « moi je vais pas mettre une nouvelle technique chez un résident sans avoir consulté l'équipe ».

3.2.2.2 Exemples d'intervention en ergothérapie fondées sur l'occupation

Il a été demandé à chacun des ergothérapeutes interrogés de présenter un exemple d'intervention fondé sur une activité significative pour la personne. Les résultats sont présentés ci-dessous sous forme de tableau :

Tableau 2 Exemples d'interventions fondées sur des activités significatives pour la personne

<u>Ergothérapeute</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>		<u>E3, 1^{er} exemple</u>	<u>E3, 2^{ème} exemple</u>
<u>Public</u>	Résidents en unité de vie protégée	« Je réfléchis...Si, j'ai une dame [...] qui avait une DMLA assez évoluée, aucun trouble cognitif »		Résident handicapé mental vieillissant	Résident myopathe
<u>Occupation visée</u>	Se servir soi-même au moment du repas	Lecture de livres	Se déplacer seule dans l'EHPAD	Porter un costume pour Noël	Se déplacer seul, dans l'EHPAD et à l'extérieur
<u>Intervention mise en oeuvre</u>	Grand plat posé au milieu de la table, dans lequel chacun se sert.	Emprunt de livres audio +mise en place d'un lecteur audio pour déficients visuels	Travail sur les repères dans l'établissement	Choix d'un costume à la Vestiboutique de la Croix-Rouge.	Mise en place d'un fauteuil roulant électrique.
<u>Facilitateurs</u>	Les soignants : « Ça a demandé un peu de travail, au début, de changer les habitudes, mais au final ils étaient très contents. »	Les partenaires associatifs (prêt d'un lecteur audio) La localisation géographique (permettant l'accès à une bibliothèque sonore)		La direction, soutenant le projet Le partenaire associatif (préparatifs pour l'arrivée dans la boutique)	Partenaire : le revendeur (prêt de matériel, accompagnement au rendez-vous de prescription)
<u>Obstacles</u>	La « culture institutionnelle » : il a fallu un peu de temps pour changer les habitudes	Aucun	L'organisation de l'institution : Impossibilité de modifier la luminosité au restaurant, pour convenir au plus grand nombre et ne pas perdre de temps dans des réglages.	Aucun	La localisation géographique (long trajet nécessaire pour consulter un médecin prescripteur)
<u>Résultats</u>	-Résidents ayant augmenté leur prise alimentaire. -Soignants valorisés par la convivialité des temps de repas.	Résidente ayant retrouvé le plaisir de la lecture.	Amélioration mais difficultés persistantes du fait du collectif.	-Résident ravi ne quittant plus son costume -Equipe satisfaite pour le résident.	Intervention en cours

3.2.3 Effet perçu de l'intervention de l'ergothérapeute sur la dépression et/ou le déconditionnement physique des résidents en EHPAD

Les trois ergothérapeutes interrogés considèrent que leur intervention a un effet bénéfique sur la condition physique et morale des résidents en EHPAD. Cependant dans le détail, on note des divergences de vocabulaire et d'analyse.

Ainsi, lorsqu'il évoque l'effet de l'intervention en ergothérapie sur le bien-être physique et moral des résidents, E3 s'éloigne de la notion d'habitude de vie, qu'il avait employée au cours de l'entretien, pour considérer que l'ergothérapeute contribue à lutter contre la dépression et le déconditionnement physique à travers des activités de rééducation et des groupes équilibre, qui permettent de mettre le résident en action et de créer des liens sociaux. Le lien de cause à effet entre le maintien des habitudes de vie évoqué dans l'entretien et la lutte contre le déconditionnement physique et la dépression n'est donc pas clairement exprimé. Par opposition, E2 s'appuie sur la notion d'« activités qui ont du sens aux personnes » pour s'estimer « persuadée » que l'intervention de l'ergothérapeute peut contribuer à éviter la dépression des résidents en EHPAD. Elle considère également que la mise en mouvement à travers des activités « engageantes » favorise une meilleure condition physique. E1 formule la même idée : pour elle, c'est l'approche centrée sur l'occupation, spécifique à l'ergothérapeute, qui en soutenant le résident « dans des occupations signifiantes », « va venir diminuer le risque de dépression et de dégradation de l'état physique ».

Sur la notion de prévention, si E1 estime expressément contribuer à la diminution d'un risque, elle considère cependant que le caractère préventif de son action est à « mettre en balance avec la réalité » : « très souvent les personnes quand elles arrivent en institution, il y a une fragilité importante, et donc là, l'action de prévention, [...] c'est pas tout à fait... on va peut-être même déjà être dans le traitement, quoi. ». Par opposition, E3 considère qu'en EHPAD, « on est tout le temps dans la prévention » : de l'altération physique, des troubles cutanés, des troubles cognitifs. S'il qualifie la prévention en EHPAD comme étant le « cœur de métier » de « toute l'équipe », il relève pourtant qu'elle n'est « pas du tout reconnue par les autorités de tutelle », en donnant l'exemple de la cotation PATHOS mesurant les actes de soins, dans laquelle « une prévention d'escarres coûte moins qu'un pansement d'escarre ».

3.2.4 Pistes envisagées pour l'avenir

Interrogées sur les pistes à suivre par les ergothérapeutes pour améliorer la situation des résidents en EHPAD, E1 et E2 prônent une meilleure prise en compte des occupations des résidents. E2 insiste sur le « maintien des habitudes de vie des résidents », par une approche centrée sur la personne, pour limiter les conséquences de la vie en institution. Dans ce but, elle considère qu'il faut privilégier l'organisation des EHPAD en petites structures, pour permettre une meilleure prise en compte des individualités. Pour E1, il faut mettre en place pour les résidents un « environnement occupationnel qui soit riche », constitué de « suffisamment d'opportunités » pour leur permettre un choix et une cohérence dans leurs activités. Pour elle, cet environnement riche passe notamment par une « approche communautaire », valorisant les « occupations collectives, qui permettent aux personnes de se connecter entre elles et de créer un tissu social », notamment avec l'extérieur. E3 évoque lui aussi la nécessité impérieuse d'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur : « c'est hyper important que l'EHPAD ne soit pas entre guillemets une prison ou un mouiroir mais bien un lieu de vie, une maison où on a le droit d'y entrer mais on a surtout le droit d'en sortir pour aller faire des choses à l'extérieur ».

Lors des échanges, il a été demandé à chacun des ergothérapeutes interrogés ce qu'il pensait de la pertinence en EHPAD d'un programme de type ETP. Sur cette proposition, E1 et E3 ont tous deux vu dans leur action actuelle un lien avec l'ETP : « le fait d'avoir une pratique centrée sur les occupations et de soutenir la participation des résidents et l'engagement occupationnel autonome, ça fait un peu partie de ça » (E1) ; « est-ce que finalement de rendre un résident indépendant pour les actes de la vie quotidienne c'est pas quelque part de l'éducation thérapeutique ? » (E3). E1 précise sa pensée en indiquant que l'ETP, par son approche d'« empowerment », en considérant les personnes âgées en EHPAD comme « acteurs et actrices de leur vie » permet de lutter contre les « préjugés âgistes », qui sont « très profondément ancrés dans notre société où on va avoir tendance à considérer les personnes âgées [...] comme ayant moins de capacité, [...] d'autonomie, [...] de légitimité ». E2 la rejoint entièrement sur ce point : une forme d'ETP en EHPAD permettrait « que les personnes soient actrices de leur santé, de leur vieillissement » et « moins passives dans une situation où en EHPAD on passe très vite les personnes en passif où on, on décide à leur place,

on choisit les trucs à leur place ». Pour elle, une telle démarche pourrait également permettre une implication pluridisciplinaire, moins descendante, plus collaborative avec le résident. E3 considère lui aussi l'idée de l'ETP « intéressante » mais relève une limite à sa transposition en EHPAD : « l'évolution en cours, [...] c'est des résidents qui ont 90 ans ou plus, qui arrivent avec des polypathologies, de plus en plus dépendants [...] Après, c'est quelque chose pour certains résidents qui sera tout à fait transposable, mais voilà, sur une minorité je dirais [...] on a quand même de plus en plus de gens qui rentrent avec des troubles cognitifs ». E1 et E2 constatent également que de nombreux résidents en EHPAD présentent des troubles cognitifs. E1 évoque ces « difficultés cognitives des résidents » comme un potentiel frein à une participation au conseil de vie social (CVS) mais n'évoque pas ce point au regard de l'ETP.

3.3 Cohérence des résultats entre eux

Globalement, les résultats révèlent une bonne cohérence des propos entre eux. Les nuances qui surgissent s'expliquent probablement en partie par deux éléments :

-L'année et le niveau de diplôme : E1 et E2 sont diplômées en ergothérapie depuis moins de 10 ans, et ont suivi des études de Master, tandis qu'E3 a été diplômé en 2002. Ces différences de cursus expliquent peut-être des différences de conceptualisation relevées entre E1 et E2 d'une part et E3 d'autre part. Notamment, E1 et E2 utilisent préférentiellement un vocabulaire spécifiquement ergothérapique à travers la notion d'occupation et les concepts de transition occupationnelle, de rupture ou de privation occupationnelle. E3 pour sa part utilise le terme « habitudes de vie », issu du modèle du développement humain, devenu MDH-PPH2, très utilisé en ergothérapie mais non spécifique à la profession.

-Les différences dans les conditions d'exercice : E1 et E3 exercent en EHPAD associatif, tandis qu'E2 a une expérience dans un grand groupe privé, « quand même assez particulier dans le fonctionnement ». Ainsi, elle évoque la contrainte temporelle qui pèse sur l'ergothérapeute, les difficultés pratiques d'échanges avec les collègues, ou les difficultés qui peuvent surgir du fait d'une politique de la direction, comme pour réaliser un suivi individuel. Ce type de propos ne se retrouve pas chez E1 et E3. On relèvera à l'inverse chez E3 un soutien de sa direction dans ses projets et une grande cohésion d'équipe.

4 Discussion

Ces résultats s'articulent avec la partie théorique de façon constructive. Malgré ses limites, cette enquête exploratoire de terrain permet donc une perspective de recherche.

4.1 Mise en perspective avec la partie théorique

Les propos recueillis viennent corroborer pour une bonne part la partie théorique. Les exemples d'intervention apportent une illustration des propos tenus et un complément d'information constructif. Pris dans leur ensemble, ces trois entretiens valident et enrichissent la problématique posée à l'issue de la partie théorique.

4.1.1 Cohérence générale des propos avec la partie théorique

Les entretiens réalisés se font l'écho de la partie théorique sur de nombreux points. C'est le cas notamment pour l'état des lieux de la situation des résidents en EHPAD, tel qu'il ressort notamment du rapport Libault (2019). Comme cela a été relevé dans ce rapport, E3, fort de 20 ans de pratique en EHPAD, fait le constat d'une population en EHPAD de plus en plus dépendante et/ou en perte d'autonomie. Dans ce contexte, le rapport Libault évoque une médicalisation du fonctionnement des EHPAD, qui ne ressort pas spécifiquement des entretiens. En revanche, les trois ergothérapeutes considèrent, comme le rapport Libault, que l'EHPAD, de par son organisation, peut s'avérer limitateur de l'autonomie et de l'indépendance des résidents, alors même que son objectif est de soutenir cette autonomie et cette indépendance. Ce paradoxe, exposé dans le rapport Libault, ressort également clairement du témoignage des trois ergothérapeutes entendus. Toutefois, aucun d'entre eux n'a évoqué de situation où l'autonomie des résidents serait désapprouvée par les équipes, parce que contrevenant au fonctionnement de l'établissement, comme cela a pu être rapporté par la littérature. C'est plutôt la difficulté, voire l'impossibilité à exploiter au mieux les capacités de la personne qui est pointée du doigt, par exemple lorsque E1 et E2 évoquent la douche. S'agissant des notions d'autonomie et d'indépendance, E2 et E3 soulignent la

confusion entre ces termes, également évoquée en partie théorique. E2 met en évidence qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de vocabulaire, mais également de concept, avec des conséquences possiblement néfastes de cette confusion, en donnant l'exemple particulièrement éclairant d'un homme aphasique traité à tort comme s'il avait des troubles cognitifs.

En revanche, le constat d'un état psychologique dégradé des résidents, en lien avec leur séjour en EHPAD, largement documenté dans la partie théorique, ne ressort pas des entretiens. E1 parle tout de même spontanément d'un « risque » de « dépression », « dans certains cas », du fait de la « privation occupationnelle ». Elle confirme donc la littérature qui évoque un haut risque de dépression dans les premiers temps de l'arrivée en EHPAD, en apportant sa propre explication à ce risque : la privation occupationnelle. Cette analyse fait écho à celle d'Amyot et al, citée en partie théorique, selon qui à son arrivée le résident doit établir un projet afin de s'approprier son nouveau lieu de vie, sans quoi « ce sera vraisemblablement au péril d'un décrochage, d'une somatisation, d'un syndrome de glissement... et autres actes signifiants de clôture de vie » (2017, p. 64).

Interrogée sur l'état physique des personnes en lien avec le fonctionnement de l'EHPAD, E1 indique qu'« effectivement ça peut amener un déconditionnement physique parce que les personnes qui rentrent en institution elles ont tendance à rester à l'intérieur de l'institution [...] donc en fait ça amène une diminution des mouvements le fait de pas sortir, le fait de pas réaliser ses tâches quotidiennes, fait que moins on en fait, moins on en fait ». Cette opinion est intéressante dans la mesure où la partie théorique n'a pas permis de répondre clairement à cette question du déconditionnement physique en EHPAD. E1 ne fait cependant pas état d'un déconditionnement physique qu'elle aurait pu constater par elle-même, du fait d'une privation occupationnelle.

Comme autre point de cohérence entre les entretiens réalisés et la partie théorique, figure la qualification de « rupture occupationnelle » par E2 et de « perte occupationnelle » par E1 s'agissant de l'arrivée en EHPAD des résidents, avec l'enjeu pour l'ergothérapeute de permettre une « transition occupationnelle » (E2). L'emploi de ces termes est notamment en cohérence avec certains auteurs, qui considèrent que les résidents en EHPAD sont victimes d'injustice occupationnelle (Causey-Upton, 2015; Du Toit et al., 2019). La spécificité de

l'ergothérapeute pour accompagner la transition est soulignée par la littérature (Causey-Upton, 2015; Križaj et al., 2016), et E1 lui fait écho lorsqu'elle indique que l'ergothérapeute dispose d'une grille de lecture spécifique, centrée sur la personne, son environnement et ses occupations, qui trouve tout son sens en EHPAD.

4.1.2 Interventions en lien avec l'occupation.

Les exemples fournis par les personnes interrogées donnent un aperçu de l'immense champ d'action de l'ergothérapeute en EHPAD à travers la notion d'occupation : « se servir soi-même au moment du repas », « lire des livres », « se déplacer seul, à l'intérieur comme à l'extérieur », « porter un costume pour Noël ».

Par ailleurs, la variété des solutions mises en place traduit le triptyque personne-occupation-environnement exposé en partie théorique, avec l'exemple du déplacement dans l'EHPAD, qui selon la personne concernée va se traduire par un travail sur les repères dans l'établissement, pour une résidente atteinte de DMLA (E2) ou par la mise en place d'un fauteuil roulant électrique pour un résident myopathe (E3).

Sur le choix des exemples, il sera relevé que bien qu'il ait été indiqué lors de la prise de contact que le sujet concernait les personnes sans troubles cognitifs, spontanément il est apparu difficile pour les personnes interrogées de citer des exemples concernant cette population. Ainsi, E1 cite une unité de vie protégée, réservée aux personnes avec troubles cognitifs, E2 doit réfléchir pour trouver un exemple ne concernant pas une personne avec des troubles cognitifs, et E3 donne spontanément comme premier exemple le cas d'une personne ayant un trouble mental de naissance. Ce constat est en cohérence avec les propos de ces trois ergothérapeutes, qui indiquent en substance que la majorité des résidents d'EHPAD souffre de troubles cognitifs, ce qui correspond également aux chiffres de l'IGAS, cités en partie théorique.

Concernant les obstacles rencontrés dans les exemples d'intervention présentés, le fonctionnement de l'institution est cité à deux reprises, là encore en cohérence avec la partie théorique.

Les partenaires (associations, revendeurs) et les soignants sont cités comme facilitateurs. Ce point peut être perçu comme confortant la littérature citée en partie théorique, selon laquelle, au vu du contexte particulier de l'EPHAD et de la fragilité des résidents, l'approche occupationnelle devrait être partagée par l'ergothérapeute avec les autres professionnels intervenant dans la structure, afin de lutter efficacement contre l'injustice occupationnelle subie par les résidents (Causey-Upton, 2015; Du Toit et al., 2019). Cette position est d'ailleurs formalisée par E2 qui indique qu'en formant les soignants, l'ergothérapeute va agir globalement sur l'indépendance des résidents.

Quant aux résultats de ces interventions, certains seraient mesurables (augmentation de la prise alimentaire ou déplacements dans l'établissement), d'autres sont évalués subjectivement (plaisir de la lecture retrouvé, résident portant son costume tous les jours). De potentiels effets sur la santé physique ou mentale ne sont pas rapportés explicitement.

4.1.3 Les enrichissements de la problématique issue de la partie théorique.

L'enquête de terrain entreprise auprès de ces trois ergothérapeutes avait pour but d'investiguer, à titre exploratoire, dans quelle mesure et selon quelles modalités les ergothérapeutes intervenant en EHPAD envisagent l'occupation comme moyen de prévention du déconditionnement physique et de la dépression des résidents sans troubles cognitifs majeurs. Les trois entretiens réalisés sont donc analysés brièvement ci-dessous, au vu des différents éléments de cette problématique.

Force est de constater que spontanément, aucun des trois ergothérapeutes interrogés n'a évoqué le terme « prévention », le sujet ayant été amené par l'étudiante en avant-dernière question. Ce constat fait peut-être écho aux propos exposés dans la partie théorique, selon lesquels les ergothérapeutes ne sont pas suffisamment familiarisés à la notion de prévention (Devanneaux, 2019, p. 21). Au cours de l'entretien, E1 considère que l'ergothérapeute, en soutenant le résident « dans des occupations signifiantes », « va venir diminuer le risque de dépression et de dégradation de l'état physique » : elle ne considère pas pour autant qu'il s'agit forcément de prévention, du fait que les personnes sont le plus souvent

déjà en situation de fragilité importante. E3 pour sa part considère la prévention comme son « cœur de métier ». Ce point de vue pourrait surprendre, par exemple en comparaison à une absence quasi-totale de mention de la prévention en EHPAD dans le rapport Libault.

Ces écarts de positionnement importants s'expliquent peut-être par la notion de prévention elle-même, qui n'est peut être pas forcément comprise de la même façon par tous, la prévention pouvant par exemple être envisagée comme strictement sanitaire, impliquant alors uniquement la vaccination et le dépistage, comme le déplore d'ailleurs Libault dans son rapport (2019, p. 51). En revanche, on pourrait rapprocher la position de E3 de celle exprimée en partie théorique selon laquelle la prévention en EHPAD entre dans la prévention tertiaire, visant donc à éviter l'aggravation des déficits existant et la survenue de nouveaux déficits (Le journal des soins en EHPAD, 2023, p. 13). Par ailleurs, les explications de E3 selon lesquelles « une prévention d'escarres coûte moins qu'un pansement d'escarre » impliquent que la prévention est moins rémunératrice que le soin en EHPAD et apportent un éclairage supplémentaire sur la faiblesse des politiques de prévention concernant les personnes âgées, évoquées dans la partie théorique.

Au-delà de l'utilisation ou non du terme « prévention », les trois ergothérapeutes considèrent que leur intervention peut améliorer l'autonomie et l'indépendance des résidents, à travers un suivi individuel fondé sur les occupations ou les habitudes de vie. Pour eux, leur intervention est bénéfique sur la condition physique et morale des résidents en EHPAD, E1 et E2 mentionnant clairement le lien avec les interventions spécifiquement fondées sur l'occupation.

Dans le cadre des moyens utilisés pour un suivi autour des occupations ou habitudes de vie, le projet de vie individualisé n'a pas été spontanément évoqué. E3 estime que par son action, il contribue en tant qu'ergothérapeute à alimenter ce projet, mais il ne le considère pas comme un outil. E1 partage l'analyse exposée en partie théorique, selon laquelle ce dispositif présente un potentiel intéressant en EHPAD, parce que « parfaitement centré sur la vie du résident ». Cependant elle ne précise pas si elle l'utilise, et elle indique par ailleurs que son application par les équipes soignantes est difficile du fait de l'organisation de l'EHPAD « autour du modèle biomédical ». Ce constat d'une tension entre d'une part l'intention de prendre en compte le résident dans sa particularité et d'autre part les caractéristiques du

service, avec notamment la prévalence du sanitaire sur le social, est également mis en avant par la littérature consultée (Alegre, 2023; Éloi & Martin, 2017).

L'idée d'un programme de type ETP en EHPAD est bien accueillie par les trois ergothérapeutes, avec la limite cependant des troubles cognitifs soulevée par E3. E1 et E2 voient dans ce concept un moyen de favoriser l'« empowerment » des résidents, pour les rendre plus acteurs de leurs vies.

Enfin, dans la sphère des moyens mis en œuvre pour favoriser l'autonomie et l'indépendance des résidents, l'approche collective est mise en avant, notamment à travers l'importance de l'action interdisciplinaire, soulignée par les trois ergothérapeutes interrogés, voire à travers une « approche communautaire » pour E1, qui plaide pour une ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur, jugée également très importante par E3.

4.2 Forces et limites de l'enquête

Trois entretiens ne permettent évidemment pas d'exprimer la totalité des points de vue des ergothérapeutes exerçant en EHPAD. L'analyse de ces entretiens ne permet donc qu'un aperçu très partiel, non représentatif, ce qui constitue inévitablement une limite de l'enquête exploratoire de terrain.

Par ailleurs, en pratique, tous les indicateurs de la grille d'entretien n'ont pas été exploités, pour des raisons tenant à la difficulté perçue pendant les entretiens d'assurer un échange spontané qui ne soit pas trop orienté vers des réponses attendues. Le ressenti de l'enquêtrice pendant les entretiens a donc consisté à vouloir éviter un biais de désirabilité, mais il en résulte un manque d'information sur certaines thématiques. Ce constat est surtout vrai pour les premières questions, qui pouvaient potentiellement orienter tout l'entretien. Ces questions ont été orientées sur l'autonomie et l'indépendance, en lien avec les occupations, pour laisser les personnes interrogées faire leurs propres liens et ne pas induire de réponse. Ainsi, une question de relance sur l'état psychique et physique des résidents, qui était prévue, n'a tout simplement pas été posée pour E2 et E3, qui n'ayant pas évoqué spontanément le sujet, ne se sont donc pas exprimés sur ce point.

L'enquête semble cependant remplir en partie son caractère exploratoire grâce à la richesse des profils sélectionnés, tant au regard du lieu d'exercice que de la durée de pratique et l'année de diplôme.

4.3 Ouverture vers une perspective de recherche

Les ergothérapeutes interrogés ont jugé intéressante l'idée d'une intervention inspirée de l'ETP, qu'ils ont rattachée à l'empowerement des résidents. Le programme TaPasS, dont serait inspirée une telle intervention, est effectivement centré sur l'empowerement des personnes dans le choix d'occupations favorables à leur santé, pour des personnes sans troubles cognitifs majeurs (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023). S'adressant à des personnes en EHPAD, il s'agirait d'un programme de prévention tertiaire, c'est-à-dire ayant pour but d'éviter la dégradation physique et/ou mentale des résidents (Aquino, interviewé dans Le journal des soins en EHPAD, 2023, p. 13).

Comme évoqué en partie théorique, ce type de programme, du fait des particularités de l'EHPAD, pourrait s'envisager à travers une approche communautaire, entendue comme impliquant notamment une participation des résidents et l'ensemble des professionnels de l'EHPAD (Du Toit et al., 2019). Pour rappel, le programme TaPasS s'inspire de cette démarche communautaire (Morel-Bracq, Soum-Pouyalet, Decrock, et al., 2023, p. 12-13). Or, les caractéristiques de cette démarche évoquent des points que les ergothérapeutes interrogés considèrent comme très importants dans leur pratique : l'autonomie des résidents, qu'ils placent au centre de leurs interventions, les échanges interprofessionnels indispensables à la mise en œuvre concrète de leurs actions, et même l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur, qui vient soutenir leur pratique orientée vers les occupations des résidents.

Les résultats de l'enquête exploratoire indiquent donc une sensibilité des ergothérapeutes aux thèmes qui constituent l'approche communautaire. Ils permettent ainsi de valider la pertinence d'une question de recherche formulée de la façon suivante : **Quel serait l'impact, à court et moyen terme, sur l'évolution de la santé physique et mentale des résidents bénéficiaires, de la mise en place en EHPAD d'un programme ergothérapique à visée préventive, fondé sur l'occupation et soutenu par une approche communautaire ?**

Conclusion

Les personnes entrent de plus en plus tard en EHPAD, de moins en moins autonomes et de plus en plus dépendantes, ce qui a tendance à conforter l'organisation de l'institution selon un modèle biomédical. En pratique, ce modèle conduit à limiter l'indépendance et l'autonomie des personnes. Dans ce contexte, l'intervention en ergothérapie auprès des résidents, fondée notamment sur l'occupation, est plebiscitée tant par la littérature que par les ergothérapeutes interrogés, pour son impact positif sur l'indépendance et l'autonomie des résidents, avec des conséquences notamment sur le bien-être psychique des personnes.

Par ailleurs, malgré les déficits des résidents, la prévention est au cœur de la pratique en EHPAD, selon l'un des ergothérapeutes interrogés. Elle s'analyse alors comme une prévention tertiaire, ayant pour objectif de limiter les complications et aggravations, physiques, psychiques et cognitives. Toutefois les ergothérapeutes sont encore peu sensibilisés à la culture de la prévention. Le concept d'occupation, propre à l'ergothérapie, peut pourtant se déployer à visée préventive, par exemple dans des programmes tels que le TaPasS, mêlant interventions individuelles et collectives, développé par des ergothérapeutes dans une perspective de prévention primaire auprès de personnes âgées vivant à domicile.

En EHPAD, un tel programme pourrait s'adresser aux personnes sans troubles cognitifs majeurs, en s'appuyant sur leur empowerment et sur une implication de tous les professionnels de l'EHPAD, à travers une approche communautaire de l'institution. L'impératif de communication de l'ergothérapeute avec ses collègues est soulevé unanimement par les ergothérapeutes interrogés. Toutefois l'approche communautaire va au-delà, en suggérant presque une forme de co-décision impliquant les professionnels et les résidents. Cette vision communautaire a l'avantage de proposer une perspective globale de l'EHPAD. Elle peut toutefois s'avérer complexe à mettre en place. Les embûches peuvent être nombreuses dans un tel projet, spécifiquement du fait de la nécessité de « faire communauté » pour soutenir la démarche d'empowerment des personnes dans le choix de leurs occupations. De petites structures pourraient s'avérer plus propices à cette démarche. Un tel projet doit également s'appuyer sur l'interdisciplinarité, pour permettre des échanges fructueux entre les différents professionnels, tout en permettant à chacun de mettre en valeur sa grille de lecture propre.

Bibliographie

Alegre, T. (2023). Que devient le projet de vie individualisé ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 154(3), 55-63. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.154.0055>

Amyot, J.-J., Piou, O., & Association Réseau de consultants en gérontologie. (2017). *Mettre en oeuvre le projet de vie - 3e éd. : Dans les établissements pour personnes âgées*. Dunod.

ANESM. (2014). *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage et accompagnement*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement

ANESM. (2016). *Bientraitance des personnes accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete_bientraitancepa_2015_web_mars2017_vdef.pdf

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

ARS Occitanie. (2023, juin 13). *ICOPE - Un programme pour prévenir la dépendance*. <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>

Article L311-3 du CASF (2024). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%2001%20octobre%202020,-Modifi%C3%A9%20par%20Ordonnance&text=L'exercice%20des%20droits%20et,services%20sociaux%20et%20m%C3%A9dico%2Dsociaux.

Aubry, R., Fleury, C., & Delfraissy, J.-F. (2018). Les enjeux éthiques du vieillissement. *Études, Juillet-Août*(7-8), 43-54. <https://doi.org/10.3917/etu.4251.0043>

Basson, J.-C., & Vallereau, M. (2020). Jours tranquilles à la maison de retraite. Velléités de changements autour du projet de création d'un parcours de santé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Empan*, 118(2), 73-80. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/empa.118.0073>

Béguin Botokro, R. (2015). L'ergothérapie à base communautaire. In M.-C. Morel-Bracq, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, C. Gras, & É. Trouvé, *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé ?* De Boeck-Solal.

Beloni, P., Hoarau, H., & Marin, B. (2019). La socialisation en maison de retraite, un enjeu pour le résident. Une étude ethnosociologique utile pour les infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 137(2), 77-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.137.0077>

Bor, C. (2023). Les EHPAD sont des micro-communautés : Comment une pratique communautaire de l'ergothérapie permet de promouvoir la santé et le bien-être des résidents. *ErgOTHérapies*, 91, 7.

Brownie, S., Horstmanshof, L., & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care : A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1654-1666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.011>

Causey-Upton, R. (2015). A Model for Quality of Life : Occupational Justice and Leisure Continuity for Nursing Home Residents. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 33(3), 175-188. <https://doi.org/10.3109/02703181.2015.1024301>

Charazac, P. (2020). 6. Autonomie et dépendance. In *Psychogériatrie: Vol. 3e ed.* (p. 105-128). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.chara.2020.01.0105>

Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39 / 152(1), 169-183. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gs1.152.0169>

Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., Hessel, C., Palmer, J., & Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *JAMA*, 278(16), 1321-1326.

Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., Knight, B. G., Mandel, D., Blanchard, J., Granger, D. A., Wilcox, R. R., Lai, M. Y., White, B., Hay, J., Lam, C., Marterella, A., & Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people : Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>

Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt collectif en ergothérapie. *ErgOThérapies*, 79.

CNSA. (2023). *Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées -2021*. <https://www.cnsa.fr/node/6833>

CREDOC. (2018). *Note de Synthèse—Une autre maison de retraite est possible*. <https://www.credoc.fr/publications/note-de-synthese-une-autre-maison-de-retraite-est-possible>

Cress, M. E., Orini, S., & Kinsler, L. (2011). Living environment and mobility of older adults. *Gerontology*, 57(3), 287-294. <https://doi.org/10.1159/000322195>

Dancewicz, E. A., & Bissett, M. (2020). Occupational Therapy Interventions and Outcomes Measured in Residential Care : A Scoping Review. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 38(3), 230-249. <https://doi.org/10.1080/02703181.2020.1719272>

Davison, T. E., McCabe, M. P., Busija, L., O'Connor, D. W., Costa, V. C., & Byers, J. (2020). A cluster randomised trial of the program to enhance adjustment to residential living (PEARL) : A novel psychological intervention to reduce depression in newly admitted aged care residents. *BMC Geriatrics*, 20, 98. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1492-5>

Davison, T. E., McCabe, M. P., Knight, T., & Mellor, D. (2012). Biopsychosocial factors related to depression in aged care residents. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 290-296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.019>

Devanneaux, B. (2019). Bien Vieillir ! Bien Bouger ! Bien Manger ! Chez Soi ! *ErgOTHérapies*, 73, 15.

DREES. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés* (Les dossiers de la DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles>

DREES. (2018). *Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable* (1046; Etudes et résultats). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/er_1046_-_esperance_de_vie.pdf

DREES. (2020). *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé* (1141; Etudes et résultats). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-tiers-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement-sont-dans-un>

DREES. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019* (1237; Etudes et résultats). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

Du Toit, S., Casteleijn, D., Adams, F., & Morgan-Brown, M. (2019). Occupational justice within residential aged care settings – Time to focus on a collective approach. *British Journal of Occupational Therapy*, 82, 030802261984018. <https://doi.org/10.1177/0308022619840180>

El Khomri, M. (2019). *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024* [Rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé].

Éloi, M., & Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : Entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, 1, 21-40. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0021>

Flajolet, A. (2008). « *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire* » [Rapport parlementaire remis au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative].

Fourrier, M.-A. (2020). Bien vieillir en EHPAD : Une gageure ? *Imaginaire & Inconscient*, 45(1), 123-131. <https://doi.org/10.3917/imin.045.0123>

Groenvynck, L., Fakha, A., De Boer, B., Hamers, J. P. H., Van Achterberg, T., Van Rossum, E., & Verbeek, H. (2022). Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home : A Scoping Review. *The Gerontologist*, 62(7), e369-e383. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab036>

Harnett, T. (2010). Seeking exemptions from nursing home routines : Residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 292-301. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.001>

HAS. (2013, février 25). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Hoof, J., Janssen, M., Heesakkers, C., Kersbergen, W., Severijns, L., Willems, L., Marston, H., Janssen, B., & Nieboer, M. (2016). The Importance of Personal Possessions for the Development of a Sense of Home of Nursing Home Residents. *Journal of Housing For the Elderly*, 30, 35-51. <https://doi.org/10.1080/02763893.2015.1129381>

Hoover, D. R., Siegel, M., Lucas, J., Kalay, E., Gaboda, D., Devanand, D. P., & Crystal, S. (2010). Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1161-1171. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000578>

IGAS. (2015). *Les unités de soins de longue durée* (2015-105R). <https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf>

IGAS. (2022). *Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives* (2021-104R). <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-104r.pdf>

Irving, J., Davis, S., & Collier, A. (2017). Aging With Purpose : Systematic Search and Review of Literature Pertaining to Older Adults and Purpose. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85(4), 403-437. <https://doi.org/10.1177/0091415017702908>

Križaj, T., Warren, A., & Slade, A. (2016). “Holding on to What I Do” : Experiences of Older Slovenians Moving into a Care Home. *The Gerontologist*, gnw150. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw150>

Kuhn Lafont, A. (2022). L’ergothérapeute au cœur de l’Ehpad de demain. *Le Mensuel des maisons de retraite*. <https://www.ehpa Presse.fr/actualite/lergotheραπεute-au-coeur-de-lehpad-de-demain/>

Larivière, N., Drolet, M.-J., & Jasmin, E. (2019). La justice sociale et occupationnelle. In E. Jasmin, *Des sciences sociales à l’ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l’occupation*. Presses de l’Université du Québec.

Le Brun, T. (2018). *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*. Le Coudrier.

Le journal des soins en EHPAD. (2023). La prévention en EHPAD, une utopie ? *EPHA*, 101.

Levasseur, M., & Levesque, M.-H. (2019). Chapitre 13 Version francophone de l’intervention d’ergothérapie préventive Lifestyle Redesign chez les aînés : Effets, faisabilité et étapes suivantes. In H. Clavreul & G. Poriél, *Participation, occupation et pouvoir d’agir, plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE.

Libault, D. (2019). *Concertation grand âge et autonomie* [Rapport remis à la Ministre des Solidarités et de la santé]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002-2 (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

Lotvonen, S., Kyngäs, H., Koistinen, P., Bloigu, R., & Elo, S. (2017). Social Environment of Older People during the First Year in Senior Housing and Its Association with Physical Performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 960. <https://doi.org/10.3390/ijerph14090960>

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.-H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-38. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>

McCabe, M., Byers, J., Busija, L., Mellor, D., Bennett, M., & Beattie, E. (2021). How Important Are Choice, Autonomy, and Relationships in Predicting the Quality of Life of Nursing Home Residents? *Journal of Applied Gerontology*, 40(12), 1743-1750. <https://doi.org/10.1177/0733464820983972>

Ministère chargé de l'Autonomie. (2022, mars). *Grand âge : Le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ehpad_2022_accessible.pdf

Morel-Bracq, M.-C., Soum-Pouyalet, F., Decrock, J., Saragoni, A., Sorita, E., Le Charpentier, G., & Biard, N. (2023). *Programme de prévention TaPasS : Une approche ergothérapique du bien-vieillir*. ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes.

Morel-Bracq, M.-C., Soum-Pouyalet, F., & Joussaume, M. (2023). Le programme TaPasS : Une pratique innovante en ergothérapie pour la promotion de la santé centrée sur les occupations. *ErgOTHérapies*, 90, 33.

Potter, R., Sheehan, B., Cain, R., Griffin, J., & Jennings, P. A. (2018). The Impact of the Physical Environment on Depressive Symptoms of Older Residents Living in Care Homes : A Mixed Methods Study. *The Gerontologist*, 58(3), 438-447. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx041>

Pour les personnes âgées.gouv.fr. (2023a, septembre 6). *Les USLD (unités de soins de longue durée)*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-usld-unites-de-soins-de-longue-duree>

Pour les personnes âgées.gouv.fr. (2023b, septembre 13). *Comment le GIR est-il déterminé ?* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/undefinedpreserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>

Saragoni, A. (2015). Quel est le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD ? *Le monde de l'ergothérapie*, 27.

Service-Public.fr. (2024). *Apa : Qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Sullivan, G. J., & Williams, C. (2017). Older Adult Transitions into Long-Term Care : A Meta-Synthesis. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(3), 41-49. <https://doi.org/10.3928/00989134-20161109-07>

Townsend, E. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition.). CAOT Publications ACE.

Townsend, E., & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice : A Dialogue in Progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>

Toze, M., Ray, M., & Fox, M. (2023). 'They've probably had those animals for years – they are like family' : Accommodating pets in care homes and their contribution to creating a sense of 'home'. *Ageing & Society*, 1-19. <https://doi.org/10.1017/S0144686X23000417>

Trépiéd, V. (2020). Autonomie et vieillissement en institution : Le regard d'une sociologue. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, 17, Article 17. <https://journals.openedition.org/revdh/10487>

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation : Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204.
<https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

Résumé/Abstract

L'OCCUPATION COMME MOYEN DE PREVENTION DE LA DEPRESSION ET DU DECONDITIONNEMENT PHYSIQUE EN EHPAD

INTRODUCTION : En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les résidents sont soumis aux exigences organisationnelles de l'institution. Le maintien de leurs occupations peut s'en trouver fortement impacté, avec des conséquences possibles sur leur santé physique et mentale. Dans ce contexte, ce mémoire a pour objectif d'investiguer dans quelle mesure et selon quelles modalités les ergothérapeutes intervenant en EHPAD envisagent l'occupation comme moyen de prévention de la dépression et du déconditionnement physique des résidents sans troubles cognitifs majeurs.

METHODE : Une enquête exploratoire de terrain a été menée à travers une approche qualitative, par des entretiens semi-directifs réalisés sur un échantillon de trois ergothérapeutes, travaillant ou ayant travaillé en EHPAD depuis moins de 5 ans. Les résultats ont été analysés selon la méthode thématique comparative.

RESULTATS L'arrivée en EHPAD est perçue comme un enjeu de transition occupationnelle pour les résidents. De ce fait, les interventions individuelles, fondées sur les occupations de la personne, sont privilégiées. Ces interventions sont considérées comme un moyen de lutter contre la dépression et dans une moindre mesure contre le déconditionnement physique. Elles sont pourtant diversement perçues comme préventives. Une proposition d'intervention de type éducation thérapeutique du patient (ETP) en EHPAD, à visée préventive, est jugée comme potentiellement utile, dans une optique d'empowerment des résidents en faveur de leur santé. La communication avec les autres professionnels intervenant en EHPAD est valorisée.

CONCLUSION Au vu de l'intérêt des ergothérapeutes interrogés pour un programme de type ETP en EHPAD, l'expérimentation d'un tel programme fondé sur l'occupation et à visée préventive pourrait être menée afin d'évaluer son impact sur l'évolution de la santé physique et mentale des résidents participants. Pour en faciliter la mise en place, une perspective communautaire pourrait être privilégiée, en s'appuyant notamment sur l'interprofessionnalité.

MOTS CLES : ERGOTHERAPIE - EHPAD - TRANSITION OCCUPATIONNELLE - SANTE PHYSIQUE ET MENTALE - EMPOWERMENT

OCCUPATION AS A WAY TO PREVENT DEPRESSION AND PHYSICAL DECONDITIONING IN NURSING HOMES

INTRODUCTION In nursing homes, residents are subject to the institutional organizational imperatives. This can significantly impact their ability to maintain their occupations, with possible consequences on their physical and mental health. In this context, this thesis aims to investigate to what extent and in what ways occupational therapists (OTs) working in nursing homes consider occupation as a way to prevent depression and physical deconditioning in residents without major cognitive impairments.

METHOD An exploratory survey was conducted through a qualitative approach, using semi-structured interviews carried out on a sample of three OTs currently working or having worked in nursing homes for less than 5 years ago. Results were analyzed using the comparative thematic method.

RESULTS Being admitted in a nursing home was perceived as an occupational transition challenge for residents. Therefore, individual interventions based on residents' occupations were favored. These interventions were seen as a way to cope with residents' depression and but to a lesser extent physical deconditioning. However, they were not perceived as preventive measures. A proposal for a Therapeutic Patient Education (TPE)-like prevention-oriented program in nursing homes was considered as potentially useful, with an aim of resident health empowerment. Communication with the other professionals working in nursing homes was valued.

CONCLUSION Considering the interest of the interviewed OTs in a TPE-like program in nursing homes, an experimentation program based on occupation and prevention-oriented could be led to evaluate its impact on mental and physical health evolution of participating residents. To facilitate its implementation, a community-based approach, relying among others on interprofessionality, could be favoured.

KEY WORDS: OCCUPATIONAL THERAPY - NURSING HOME - OCCUPATIONAL TRANSITION - PHYSICAL AND MENTAL HEALTH - EMPOWERMENT

Table des Annexes

Annexe A	I
Annexe B.....	III

Annexe A

Formulaire de consentement à participation à une étude exploratoire de terrain

Je soussigné-e _____, ci-après dénommé-e « Le Participant », déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer à l'étude exploratoire de terrain telle que détaillée ci-dessous :

Présentation de l'étude et de ses objectifs

Cette étude exploratoire de terrain intervient dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche, réalisé par Aurélie KOCHÉL, ci-après dénommée « L'étudiante » étudiante en 3e année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Ce mémoire est réalisé sous la direction d'Amandine IBANEZ, ergothérapeute et membre de l'équipe pédagogique de l'IFE.

Le Participant est invité à prendre part à une enquête exploratoire de terrain, qualitative, qui prend la forme d'entretiens individuels semi-directifs auprès de trois ou quatre ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en EHPAD depuis moins de 5 ans. L'étude porte sur la prévention en EHPAD à travers le concept d'occupation.

Nature et durée de la participation

L'entretien se déroule en visio, sur une durée prévue entre 45 et 60 min. Les questions sont ouvertes, pour permettre une plus grande liberté dans les réponses apportées par le Participant.

Compensation financière

La participation à ce projet ne fait l'objet d'aucune compensation financière.

Confidentialité, partage, publication

Un enregistrement audio de l'entretien est réalisé, pour permettre sa retranscription écrite intégrale. Aucune autre personne que l'Etudiant n'aura accès à cet enregistrement audio. Celui-ci sera détruit à compter de sa retranscription écrite, qui sera intégrée en annexe au dossier remis à l'ISTR le 29 mai 2024. Ce dossier avec la retranscription intégrale des entretiens et la grille d'analyse est destiné aux membres du jury, comme témoin de la démarche intellectuelle employée pour le mémoire. Le mémoire, s'il est publié, ne comprendra pas ces retranscriptions intégrales ni la grille d'analyse.

L'ensemble des renseignements recueillis lors de l'entretien sera traité de façon confidentielle. La retranscription de l'entretien ne permettra aucunement d'identifier le Participant. Ses données d'identification personnelle ne seront pas inscrites dans l'étude.

Les publications écrites et les présentations orales qui découleront de ce projet pourront inclure des citations tirées de la retranscription anonyme de l'entretien.

Le Participant, s'il le souhaite, pourra recevoir copie du mémoire par mail dès le 24 juin 2024.

Consentement éclairé et participation volontaire

Le Participant déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude.

Sa participation à ce projet est volontaire. Par ailleurs, il est libre de mettre fin à sa participation, en tout temps au cours de ce projet, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque.

Remerciements

La collaboration du Participant à ce projet est importante et l'Etudiant l'en remercie.

Engagement de l'Etudiant

L'Etudiant atteste de la réalité des informations exposées dans ce document et s'engage à en respecter les règles de confidentialité.

Fait à Lyon, le

Signatures :

Le Participant

L'Etudiant

Annexe B Grille d'entretien

INTRODUCTION		
>Merci d'avoir accepté cet entretien >Toujours d'accord pour enregistrement ? >Rappel anonymat et destruction de l'enregistrement dès retranscription >Rappel préalable : mon sujet concerne les résidents sans troubles cognitifs majeurs. Tout le long de l'entretien, mes questions portent donc sur les résidents sans troubles cognitifs majeurs. Ça ne vous empêche pas bien entendu d'évoquer les personnes avec troubles cognitifs, pour comparaison par ex.		
ENTRETIEN		
Thèmes	Questions principales	Indicateurs
1. Etat des lieux sur la situation des résidents en EHPAD	Q1 Pour commencer, j'aimerais que vous m'expliquiez ce que vous pensez de l'autonomie et l'indépendance des résidents en EHPAD ?	>Autonomie >Indépendance >Activité signifiante/occupation
	Q2 De votre point de vue, quel est l'impact de la vie en EHPAD sur l'autonomie et l'indépendance des résidents, dans leur quotidien ?	>Fonctionnement de l'EHPAD >Conséquences physiques et psychiques ? >Besoins des personnes
	Q 3 : Pouvez-vous m'expliquer, en tant qu'ergothérapeute, comment vous percevez l'arrivée en EHPAD pour un nouveau résident ?	>Changement d'environnement >Action ergo possible ? >Projet de vie individualisé ?
2. Les interventions envisagées autour de l'occupation	Q4 : Selon vous, que peut faire l'ergothérapeute pour diminuer l'impact de l'EHPAD sur les résidents?	>Pratique professionnelle >Posture professionnelle >Interdisciplinarité
	Q5 : Pourriez-vous me décrire une ou des interventions réalisables/réalisées en individuel ou en groupe, fondée(s) sur l'occupation/(activités signifiantes)?	>population cible >finalité, buts, objectifs généraux >méthodes, moyens, outils >acteurs, lieux, durée >démarches, financements?

3 La mise en œuvre concrète des interventions	Si mise en œuvre : Q6 : Lors de la mise en œuvre de cette/ces intervention(s), quels facteurs facilitants avez-vous identifiés?	>Personnes (bénéficiaires) >Environnement (institutionnel, social (personnel/familles/autres résidents)) culturel, physique >Occupations
	Q7 : Lors de la mise en œuvre de cette/ces intervention(s), quels obstacles avez-vous rencontrés?	
4 Résultats des interventions	Q8 : Quels ont été les résultats de vos interventions?	>évaluation ? Critères, outils ? >accueil par l'équipe, les familles, les résidents >projets pour une future intervention ?
	Q 9 : Selon vous, en quoi peut-on dire que l'action de l'ergothérapeute en EHPAD peut contribuer à éviter la dépression et/ou l'aggravation de la condition physique ?	Prévention ?
5 Pistes pour l'avenir	Q10 : D'après vous, quelles seraient les pistes à suivre par les ergothérapeutes pour améliorer la situation des résidents en EHPAD ?	>ETP >Empowerement >Transdisciplinarité >Approche communautaire >Démocratie en EHPAD ?
CONCLUSION		
-Nous arrivons au terme de cet entretien. -Y a-t-il un point que vous aimeriez encore aborder ? -Pour contextualiser cet entretien : vos expérience en EHPAD (nb d'années, dates/périodes) ? vos diplôme ? votre année de diplôme ? -Merci pour cet échange !		