

Choix de l'outil théorisé de recueil de données et Construction de l'outil théorisé de recueil de données

L'outil que nous choisirons dans la méthode clinique est l'entretien, c'est l'un des instruments le plus adapté pour obtenir des informations qualitatives et propres au sujet. Il nous semble plus pertinent vis-à-vis de notre objet de recherche d'opter pour l'entretien non-directif. En effet, il nous permet d'avoir plus de subjectivité de la part des sujets et un discours de très bonne qualité en laissant beaucoup de liberté à la personne par un discours continu (36).

En accord avec notre objet de recherche, il s'agit bien de comprendre quelles valeurs poussent un ergothérapeute à accompagner les patients au-delà des prérogatives. C'est un discours personnel, subjectif et qui nécessite une liberté d'expression de la part des sujets.

Pour des entretiens non-directifs, « le référentiel n'est en général pas explicite » (36). Ces entretiens seront réalisés à partir d'une question inaugurale. L'entretien non-directif est un échange libre entre deux personnes ou rien n'est préparé à l'avance. L'enquêteur ne peut pas prévoir ce qu'il va se dire, ni la direction que va prendre l'entretien, ni le temps de ce dernier. Cependant un cadre d'écoute est nécessaire pour réaliser un entretien non-directif. Notre cadre d'écoute correspond à une matrice conceptuelle créée avec les concepts présentés en amont (cf. Annexe 7). Ce cadre d'écoute nous permettra d'avoir une attention soutenue lors de l'entretien et ainsi de pouvoir rebondir par des relances pour amener les sujets à aller plus loin dans leur raisonnement.

Ces relances peuvent être actives :

- Reformulation : pour rappeler la pensée de l'interviewé ; nous montrons que nous sommes à l'écoute, que nous comprenons et que nous invitons à poursuivre la réflexion ;
- La complémentation : qui vient préciser ce que le sujet dit par un élément d'indentification ;
- La clarification : qui appelle à des précisions ;
- L'interrogation.

Les relances peuvent être passives :

- Le reflet : consiste à faire exprimer une émotion du sujet perçue par l'enquêteur ;
- L'écho : consiste à répéter un mot pour plus d'explication ;
- Silences « pleins » : laisser le sujet réfléchir et construire sa pensée sans l'interrompre ;
- Silences « vides » : une relance est nécessaire pour pousser la réflexion du sujet.

Ces relances sont des stratégies en plus du cadre d'écoute. Il s'agit d'avoir des éléments imprévisibles en rapport avec notre objet de recherche et notre cadre conceptuel.

2.5 Biais et limites de l'outil théorisé de recueil de données

Lors de la passation de ces entretiens, certains biais peuvent apparaître. Il s'agit alors de les reconnaître et de les anticiper pour pouvoir les atténuer :

- Le biais de subjectivité où l'enquêteur va suggérer des réponses à l'enquêté, des réponses allant dans le sens des convictions de l'enquêteur. Ce biais peut également empêcher l'enquêté de répondre par une divergence d'opinion. Il s'agit alors dans la

question inaugurale de ne pas donner d'élément de réponses, de ne pas trop le guider, pour ne pas influencer ses réponses ;

- Le biais méthodologique, qui est une mauvaise formulation de la question inaugurale, et qui va induire un manque de motivation à répondre à la question ou un manque d'intérêt vis-à-vis du thème abordé. Il s'agit alors en amont, par une sélection avec les critères d'inclusions, d'avoir des ergothérapeutes qui sont en accord avec le thème abordé. Mais il s'agit également de construire une question inaugurale qui apporte de l'intérêt à l'enquêté en demandant un avis personnel ;
- Ces biais peuvent être d'ordre affectifs, dans les cas où la subjectivité des enquêtés est primée, il y aura un reflet de leurs émotions, de ce qu'ils ressentent vis-à-vis du thème soulevé ;
- Il peut y avoir également un biais de désirabilité social, où l'enquêté va donner des éléments de réponse socialement acceptables, ce qui va diverger de sa subjectivité, c'est un biais cognitif.

Il s'agit alors pour ces biais de faire en sorte que la question inaugurale soit la plus neutre possible avec une syntaxe claire, sans donner d'élément de réponse. Ici, nous voulons connaître les valeurs de l'ergothérapeute qui peuvent guider sa décision, nous ne parlerons pas de valeurs dans la question. En effet c'est un élément de réponse et cela peut amener l'enquêté à donner toutes sortes de valeurs socialement idéales mais non subjectives. Nous éviterons également de faire apparaître nos propres convictions dans la question.

2.6 Test de faisabilité et de validité du dispositif

Le test de faisabilité et de validité de notre recherche s'est fait auprès d'une ergothérapeute qui travaille au sein d'une ESA et qui intervient parfois lorsque les troubles cognitifs sont au-delà du stade modéré. Ce test nous a permis de faire une vérification sur la pertinence de notre question inaugurale. Cela nous a permis également de pouvoir tester l'enregistrement. Nous avons pu par ce test, nous initier à la passation d'un entretien non-directif, en nous familiarisant avec notre cadre d'écoute et les différents types de relances.

A la suite de ce test, nous nous sommes rendu compte que la question inaugurale n'était pas pertinente, et amenait l'interviewé sur un discours qui diverge de notre objet de recherche. Nous

avons donc décidé de modifier notre question afin qu'elle soit en accord avec notre recherche et qui sera la version finale (cf. Annexe 8).

2.7 Déroulement de l'enquête

A la suite du test de faisabilité et de validité entraînant des modifications sur la question inaugurale, quatre ergothérapeutes qui entrent en conformité avec les critères d'inclusions et d'exclusions définis en amont ont été retenus pour des entretiens. Ces ergothérapeutes sont diplômés d'état, travaillent en ESA et interviennent parfois lorsque les troubles cognitifs sont au-delà du stade modéré.

Chaque interview a commencé en prévenant que l'anonymat sera préservé et que l'entretien sera enregistré avec leur consentement mais que l'interviewé aura le droit de stopper l'entretien à tout moment. Puis un discours de la part de l'enquêteur sera fait avant de commencer pour situer le thème de la recherche et dire ce qui a été fait jusqu'à présent. Les ergothérapeutes seront nommés A, B, C et D ainsi que les entretiens correspondants.

Les ergothérapeutes A, B, C et D sont des femmes qui travaillent en ESA respectivement depuis 5 ans, 6 ans, 9 ans et 7 ans. Pour les ergothérapeutes A, B et D, les entretiens ont eu lieu sur la structure où ils travaillent à la suite d'un rendez-vous pris par téléphone. Pour l'ergothérapeute C, l'entretien s'est déroulé par téléphone. Nous avons enregistré ces entretiens à l'aide du téléphone, ainsi que sur l'ordinateur à l'aide de l'application « Audacity »®, afin d'avoir une garantie de plus s'il arrivait qu'un des enregistrements dysfonctionne. L'entretien A a duré 29 minutes, l'entretien B a duré 20 minutes et 25 secondes, l'entretien C a duré 13 minutes et 40 secondes puis l'entretien D a duré 33 minutes.

2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits en intégralité et fidèlement sur le logiciel de traitement de textes Microsoft Word ®. A travers ce logiciel, nous procéderons à une analyse de contenus. L'analyse de contenu consiste à faire ressortir des informations du contenu (ce qui est dit) mais aussi du contenant (la forme que prend ce qui est dit) (35). Pour cela, nous allons faire une analyse des entretiens pour en faire ressortir les thèmes récurrents puis nous ferons par la suite le lien avec notre cadre d'écoute issu de notre cadre conceptuel.

3. Résultats

Les entretiens que nous avons fait passer auprès de quatre ergothérapeutes ont été retranscrits et sont placés en annexe en intégralité (cf. Annexes 9, 10, 11, et 12). Nous allons faire une analyse des résultats par thématique issus de ces entretiens. Les données recueillies des différents entretiens ont été classés par thème dans un tableau disponibles en annexe (cf. Annexe 13).

3.1 Analyse des résultats en lien avec la participation et l'adhésion du patient aux séances

Pour l'ergothérapeute A, « il y a toujours une activité qui peut être faite auprès d'un patient » (l.31). En effet, il s'agit pour cette ergothérapeute « d'observer plutôt ce que la personne peut faire, puis les interactions [...] qu'il peut y avoir » (l.39). Le but étant d'augmenter la participation de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en essayant de « retrouver les petites choses qui peuvent réveiller quelques automatismes, et qui peuvent aussi réveiller les possibilités, que l'aidant puisse voir qu'il y a encore des possibilités chez le patient » (l.32-34).

Pour l'ergothérapeute B, il s'agit « d'essayer de voir tous les biais par lesquels on va pouvoir agir » (l.87-88) auprès du patient mais aussi « d'essayer de trouver les biais par lesquels on va le stimuler » (l.90). Le but n'étant pas de « faire remonter le score » (l.113) du MMSE mais de le « maintenir » (l.116). Pour cette ergothérapeute, « ce qui n'est pas facile [...] c'est d'essayer d'imaginer ce qu'on va pouvoir mettre en place avec la personne quand on est à des stades avancés [...] ça demande de se remettre en question au niveau de sa pratique » (l.82-85). Pour l'ergothérapeute B, il s'agit également « d'essayer de trouver [...] le moyen de communication » (l.86-87) pour entrer en relation avec la personne.

Pour l'ergothérapeute C, « la décision d'intervenir [...] repose sur les capacités [...] de compréhension de la personne, son adhésion à l'accompagnement » (l.21-22), sur « les capacités d'apprentissages aussi parfois » (l.23). En effet, pour cette ergothérapeute « même si on a un MMSE bas, on peut avoir aussi une personne qui a envie et qui peut participer à de la réhabilitation » (l.23-24).

Pour l'ergothérapeute D, c'est « la capacité de la personne à communiquer un minimum » (l.22-23) dans le but « d'établir une relation d'aide et de soin » (l.24), qui guide la décision

d'intervenir, mais également « un minimum d'engagement [...] occupationnel » (1.25). Le but étant de « mettre en avant des capacités [...], même si elles sont très réduites » (1.48-49).

Les quatre ergothérapeutes déclarent que la communication chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée tient un rôle important dans la décision d'intervenir. En effet, elle permet de mettre en place une relation entre la personne et l'ergothérapeute, sans elle l'intervention semble être difficile d'après les ergothérapeutes. Les capacités de la personne sont également importantes, pour une meilleure participation et une adhésion aux séances. Nous pouvons donc comprendre que la personne atteinte de la maladie est un facteur décisionnel important. Cependant ce n'est pas le seul facteur décisionnel, l'aidant joue un rôle important dans la décision d'intervenir.

3.2 Analyse des résultats en lien avec la demande et la détresse des aidants

Pour l'ergothérapeute A, « quand c'est plus avancé dans la maladie, l'aidant est souvent beaucoup plus fatigué et donc beaucoup plus demandeur et beaucoup plus fragile » (1. 22-23), « et si on peut apporter aussi un soulagement pour l'aidant, ça fait partie aussi de notre cahier des charges » (1.52-53). Et pour cela, il s'agit pour l'ergothérapeute A de « mettre en place tout ce qui est [...] aide humaine et relais » (1.25-26), ainsi qu'un aménagement du domicile, en effet, « en tant qu'ergothérapeute il y a quand même un regard [...] architectural » (1.95-96).

L'ergothérapeute B déclare intervenir « quand on sent que l'aidant est vraiment très en difficulté » (1.20), « à la limite du burn-out » (1.22). En effet pour cette ergothérapeute, il est évident d'intervenir « dans la mesure où les ESA sont mises en place pour aider les aidants » (1.111). Pour l'ergothérapeute B, « soit il y a un risque d'épuisement, soit il y aura un risque de maltraitance » (1.24-25). L'ergothérapeute B, déclare intervenir pour voir ce qu'elle « peut lui donner comme piste, pour lui permettre d'être aidé, que ce soit les dossiers APA¹⁸ qui ne sont pas encore montés, les aides par les libéraux, [...] souvent je parle de ce qui peut exister comme plateforme de répit » (1.28-31).

L'ergothérapeute C déclare intervenir lorsque l'aidant « n'est pas très solide » (1.30). En effet, pour cette ergothérapeute, il y a une intervention « même sur quelques séances, même si on a un MMSE assez bas » (1.31-32). Il s'agit pour l'ergothérapeute C de « faire accepter d'autres

¹⁸ APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

aides à domicile » (1.31) et de « passer le relais et viser le maintien à domicile avec d'autres services d'aides » (1.32-33).

Pour l'ergothérapeute D, « plus on avance dans les stades [de la maladie], plus on apporte de l'aide à l'aidant » (1.98-99), en effet « l'aidant [...] c'est une grosse partie de notre travail » (1.115-116). L'ergothérapeute D déclare intervenir lorsqu'il y a « des difficultés avec l'aidant [...], qu'il y a des choses à mettre en place [...] en lien avec l'aidant et la personne accompagnée » (1.62-64) dans « l'idée du maintien à domicile, d'aider les aidants » (1.97-98).

Les quatre ergothérapeutes déclarent donc intervenir lorsqu'ils perçoivent la souffrance et la détresse des aidants afin d'apporter des solutions d'aide à domicile ainsi que des plateformes de répit et de l'aménagement de l'environnement. En effet, plus le stade de la maladie avance et plus l'intervention s'oriente envers l'aidant. L'aidant tient une place importante dans la décision d'intervenir au-delà du stade modéré. Quel positionnement ont les ergothérapeutes face à cette détresse ? Quels sont leurs affects mis en jeu dans la décision d'intervenir ?

3.3 Analyse des résultats en lien avec le positionnement des ergothérapeutes

L'ergothérapeute A déclare que face à un aidant qui « au fur et à mesure fait des deuils » (1.60), à la suite du refus d'intervention des différents professionnels, « c'est compliqué pour nous de dire {bah non, moi non plus là on peut plus} » (1.63-64). Pour l'ergothérapeute A, « c'est du personnel » (1.67), « c'est aussi avoir une écoute [...] plus actif en nous » (1.166). En effet il y a cette « empathie » (1.138), l'ergothérapeute déclare ainsi que « c'est aussi se mettre à la place de ces personnes [...] qu'on aimerait avoir cette aide si on était à leur place, et c'est difficile de laisser des personnes qui ont besoin d'une aide » (1.183-185). C'est également un positionnement professionnel « avec toute les cases que l'on voudrait remplir [...] que la salle de bain soit comme ça et pas comme ça, que la maison soit aménagée » (1.161-162), de plus pour l'ergothérapeute A, « dès qu'on fait un premier contact, il est difficile de faire machine arrière » (1.182-183), « alors ça sera plus pour les aidants, qu'on sent démunis, on se doit d'être là » (1.181).

L'ergothérapeute B déclare intervenir « au-delà du stade modéré, quand on sent une souffrance importante » (1.19-20) de l'aidant. Pour cette ergothérapeute, « quand on voit des gens comme ça on a envie de les aider » (1.125-126). L'ergothérapeute déclare que « dans la mesure où on

essaie d'être empathique, [...] on essaie de se mettre à la place des personnes [...] ça peut faire résonance avec des situations qu'on a déjà vécues » (l.73-75), elle explique « qu'on ne peut pas être soignant et n'avoir aucun affect » (l.81-82) que « ça fait appel à l'humanité que l'on peut avoir » (l.127-128), « l'empathie » (l.138).

L'ergothérapeute C déclare « qu'à partir du moment où on a fait appel à nous, c'est qu'il y a un besoin, donc on va essayer de donner une réponse quelle qu'elle soit » (l.50-51). Elle affirme qu'à « n'importe quel moment où on est confronté à la souffrance de l'autre, il faut savoir [...] en même temps se protéger, être professionnel, être aidant et être humain et être nous » (l.72-74), « on est toujours sensibilisé par telle ou telle situation » (l.49-50). Pour l'ergothérapeute C, quand « on voit des situations où les personnes sont en difficultés, [...] on a quand même un rôle pour leur venir en aide » (l.78-79).

D'un point de vue personnel, l'ergothérapeute D déclare « qu'il y a toujours quelque chose à faire avec une personne avec des troubles assez avancés » (l.31-32), « c'est de croire [...] dans les capacités d'un être humain [...], de ne pas le réduire à ses troubles [...] c'est d'essayer, toujours essayer, d'y croire » (l.45-49). De plus, elle affirme qu'on « a tendance à vouloir [...] aider » (l.37-38), « c'est aussi de se dire qu'il n'y a pas d'autre aide, si nous on n'y va pas, qui y va ? » (l.85), « s'il y a des besoins sur le terrain, qui ne sont pas assurés par d'autres personnes, on y va » (l.94-95), il y a la notion « d'être utile, c'est quand même ça le but » (l.89-90) que les interventions « aident et soutiennent » (l.90). Cette ergothérapeute pense « qu'on est tous touchés personnellement par ces maladies, par des choses qu'on a vécues » (l.95-96), en effet, elle nous explique qu'être « aidant c'est vraiment quelque chose [...] qui nous touche énormément » (l.106-107), qu'on « se voit plus dans la personne de l'aidant » (l.105-106), « il y a de l'empathie » (l.120). Pour l'ergothérapeute D, « c'est assez propre à l'ergothérapie [...] de pouvoir se dire {là cet aidant il ne peut plus, il n'y arrivera pas} » (l.133-134), il ne faut pas « réduire les personnes à leurs troubles cognitifs, [...] réduire l'aidant à une personne épuisée » (l.150-151). L'ergothérapeute déclare continuer « d'aider » (l.158), alors qu'on lui dit « qu'il faut arrêter » (l.159), mais qu'elle « continue à chercher des aides » (l.159), elle affirme « qu'on est assez bien placés pour savoir, ce qui pourrait correspondre à chaque situation » (l.160), et que « ce sont des notions de bientraitance » (l.162).

Les quatre ergothérapeutes déclarent être affectés, sensibilisés par la détresse des aidants ou par la personne malade, faisant ressortir de l'empathie. De plus, d'après leur discours, il est difficile

de refuser une aide lorsqu'il n'y a personne qui intervient, lorsque l'aidant se retrouve seul. Les ergothérapeutes affirment se mettre à la place de ces personnes, en se demandant ce qu'ils aimeraient avoir comme aide s'ils se retrouvaient dans leur situation, ainsi cette empathie les pousse à accompagner ces derniers.

3.4 Analyse des résultats en lien avec l'accompagnement auprès des patients et des aidants

L'ergothérapeute A déclare réaliser un accompagnement, « je détaille et je donne pas mal de conseils au niveau d'aménagement, au niveau sécurité, au niveau lumière [...] ça peut être aussi au niveau autonomie pour les repas. Accompagner et appuyer sur la nécessité de le faire » (1.99-100), « et puis on accompagne aussi dans les relais » (1.102). Pour l'ergothérapeute A, cela passe également par « accepter en tant qu'ergothérapeute, qu'on se doit de faire des choses mais qu'elles ne seront pas forcément faites, même si pour nous ça nous semble mieux » (1.122-124). L'ergothérapeute A affirme qu'il « faut laisser aussi aux personnes ce choix » (1.125), « c'est accompagner, ce n'est pas forcer » (1.131).

Pour l'ergothérapeute B, « on les accompagne, [...] on leur donne des pistes, des plateformes de répit » (1.103), tout en acceptant le fait que les personnes « ne sont pas toujours en capacités de nous entendre, [...] de mettre en place ce qu'on leur a proposé » (1.126-127).

L'ergothérapeute C déclare « faire l'accompagnement que sur quelques séances avec un objectif très précis de passer le relai et de faire accepter les aides » (1.34-35), c'est avant tout « travailler [...] en partenariat » (1.40). En effet, elle affirme que c'est « recentrer la personne au centre de sa vie, au centre de ses valeurs à elle, essayer d'aller les chercher et de les comprendre plutôt que de plaquer les nôtres [...] ce n'est pas pour moi que vais intervenir » (1.55-58).

L'ergothérapeute D, déclare « accompagner l'aidant » (1.138), pour qu'il « s'occupe mieux de la personne malade » (1.139), c'est également « soutenir le projet des personnes » (1.152-153), « c'est d'accompagner jusqu'au bout la personne et son aidant, respecter ses choix de vie [...] respecter les choix de l'aidant » (1.163-164) par « l'écoute, la tolérance, [...] pas de jugement » (1.119). En effet, l'ergothérapeute D affirme qu'il y a « des gens qui ont des grosses difficultés à s'adapter [...] ça créé des grosses difficultés d'acceptations » (1.68-69), il s'agit de « prendre de la distance, [...] à accepter toutes les façons d'aider » (1.110-111).

Les quatre ergothérapeutes déclarent réaliser de l'accompagnement auprès des personnes malades et leurs aidants, pour proposer des relais à domicile et d'autres aides, tout en acceptant leurs choix, c'est un travail en partenariat. Cet accompagnement, pour les ergothérapeutes, s'illustre par une écoute, des conseils, de la tolérance et du non-jugement, en effet, ils affirment venir en aide aux familles en les aidant à accepter les aides tout en respectant leurs souhaits et leurs besoins. Les ergothérapeutes continuent d'accompagner au-delà du stade modéré, en voyant l'impact que cela produit auprès des personnes concernées ainsi que la légitimité des interventions.

3.5 Analyse des résultats en lien avec le retour des personnes sur la légitimité des interventions

L'ergothérapeute A déclare que l'aidant l'a « remerciée parce que c'était le créneau horaire où elle pouvait prendre sa douche, seule, et tranquillement, sans que son mari vienne, qu'elle soit frappée ou qu'elle soit aux aguets » (1.49-50).

Pour l'ergothérapeute D, « il y a des retours [...] par les questionnaires de satisfactions, des retours des personnes qui disent qu'on les a beaucoup aidés [...], ça nous encourage à continuer » (1.90-92).

Pour ces deux ergothérapeutes, nous observons que le retour de la part des aidants les encourage à continuer leur accompagnement auprès d'eux, pouvons-nous alors se demander si c'est facteur décisionnel qui joue un rôle important dans leur décision d'intervenir ? Pour ces deux ergothérapeutes, ce n'est pas le seul critère, l'institutionnalisation joue également un rôle dans leur décision.

3.6 Analyse des résultats en lien avec l'institutionnalisation

L'ergothérapeute A, exprime aux aidants « qu'ils sont le pilier, qu'ils sont le support, et cette possibilité de maintenir le domicile et quand le pilier s'effrite, tout peut partir » (1.112-114). Cependant, « à moins qu'il y ait vraiment un danger » (1.74), l'institutionnalisation est alors une solution, dans ce cas l'ergothérapeute « exprime souvent aux aidants, et à la famille, qu'il faut savoir passer en fait, [...] outre la décision et la conviction du patient Alzheimer quand il a une question de sécurité qui est en jeu. Et des fois ça permet d'avoir une meilleure acceptation » (1.80-82).

L'ergothérapeute D déclare avoir « peut-être une idée de ce qui attend ces personnes en EHPAD¹⁹ et que c'est la dégringolade » (1.153-154), cependant « il faut peser, il ne faut pas que ça soit au dépend de l'aidant. C'est vraiment un cas de conscience [...] on sait qu'on ne peut pas obliger l'aidant, mais on sait que la personne va chuter quand elle va entrer en EHPAD » (1.154-156).

Nous pouvons observer que pour ces deux ergothérapeutes le fait de savoir de ce qui attend la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée lorsqu'elle va rentrer en EHPAD les poussent à accompagner, à maintenir le domicile et à éviter l'institutionnalisation. Cependant, ils affirment que cela ne se fait pas au dépend de la sécurité de la personne et de son aidant. Au-delà de l'institutionnalisation, la décision d'intervenir, peut être lié à la pertinence du MMSE.

3.7 Analyse des résultats en lien avec la critique du MMSE

L'ergothérapeute A se demande par rapport à la passation du MMSE et du score qu'il apporte sur le stade d'avancement de la maladie si « les chiffres sont objectifs ? » (1.179), devant la liste des personnes prises en soin « qui n'ont pas un MMSE à 15 » (1.178-179).

Pour l'ergothérapeute B, le bilan montre « les difficultés » (1.58), des personnes atteintes de la maladie « alors qu'ils sont déjà très en difficultés » (1.59). C'est pourquoi l'ergothérapeute affirme intervenir parfois « où il n'y avait pas la possibilité de faire un bilan » (1.59-60).

L'ergothérapeute C déclare intervenir « auprès de toutes les personnes en ESA avec un MMSE en-dessous du score requis [...], on n'a parfois même pas de résultats du MMSE » (1.19-21). En effet, elle affirme que « le MMSE est très restrictif » (1.27), et pour elle « ce n'est pas un critère d'intervention » (1.27-28).

Pour l'ergothérapeute D, « le MMSE n'est pas vraiment représentatif de l'état cognitif de la personne » (1.19), « ce n'est pas un critère suffisant » (1.21-22). En effet, elle affirme ne pas être « à côté de la plaque » (1.92). De plus, elle déclare que « toutes ces personnes qui font des

¹⁹ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.