

## OCCUPATIONS

### PROBLÈME

Ce protocole vise les résidents qui pourraient bénéficier d'un programme d'occupation, l'inactivité pouvant représenter une complication majeure dans leur vie. Les aptitudes des résidents ne sont peut-être pas totalement connues, soit parce que les résidents ont été admis récemment dans l'établissement, soit parce que le personnel s'est trop concentré sur les besoins pratiques et immédiats du résident et a perdu de vue les complications générées par l'environnement institutionnel.

La participation du résident à des occupations tant passives qu'actives peut être aussi importante dans un établissement qu'elle l'était à domicile. Les aptitudes de la moyenne des résidents sont évidemment altérées puisque la situation, les capacités et les attentes ont changé, des maladies sont survenues et les relations sociales étendues sont devenues moins habituelles.

Mais il ne faut jamais perdre de vue la grande diversité de la population résidente : de nombreuses personnes ont des déficits dans les activités de la vie quotidienne mais peu sont totalement dépendantes. Les fonctions cognitives sont souvent diminuées et l'utilisation d'anciennes aptitudes ou l'apprentissage de nouvelles pose des difficultés. La compréhension peut être altérée mais la communication dans les deux sens est pratiquement toujours possible.

Pour l'établissement, la programmation des occupations est un besoin universel. Ce protocole se concentre sur les cas que le système a laissé "tomber" ou sur les résidents qui sont dans un état de détresse tel qu'il nécessite une révision du programme d'occupations.

Les cas signalés sont :

- 1- Les résidents qui ont indiqué qu'ils désiraient choisir des occupations complémentaires ;
- 2 - Les résidents en état de détresse, intacts sur le plan cognitif, qui pourraient bénéficier d'un programme d'occupations enrichi ;
- 3 - Les résidents en état de détresse, déficients sur le plan cognitif, dont le degré d'occupation devrait être évalué ;
- 4 - Les résidents très occupés dont la santé peut être en danger parce qu'ils n'arrivent pas à "lever le pied".

Pour évaluer les cas signalés, les questions générales suivantes peuvent être utiles :

- Les occupations sont elles proportionnelles aux capacités physiques et intellectuelles du

résident ou à ses limites ?

- Les occupations sont-elles proportionnelles aux capacités physiques et intellectuelles du résident ou à ses limites ?

- Est-ce que les sollicitations réduites de la vie en établissement ont fait disparaître le besoin de prendre des décisions, d'établir des plans, de faire face à des défis ? Est-ce que ces changements contribuent à l'apathie du résident ?

- Quelle est la nature des défis rencontrés naturellement par le résident sur les plans physique et intellectuel dans la vie quotidienne ?

- Dans quelles occupations le résident est-il impliqué ? Est-il habituellement un participant actif à la vie de l'unité ? Est-ce que le résident est en retrait mais attentif à ce qui se passe autour de lui ? Ou est-il indifférent à l'entourage et aux activités qui s'y déroulent ?

- Y-a-il des moyens éprouvés d'étendre la participation consciente/active aux activités ?

- Est-ce que de simples actions de l'équipe peuvent favoriser l'implication du résident dans les occupations ?

Par exemple, est-ce qu'une modification de l'environnement peut permettre un meilleur accès du résident à l'unité ? Est-ce que la place ou la position du résident peut être changée pour permettre un meilleur contact avec les gens, une meilleure vision, ou une meilleure participation aux programmes ? Est-ce que la diminution du temps ou de l'espace nécessaire aux activités peut faciliter l'action sans supprimer le défi ? Est-ce que les relations de l'équipe avec les résidents peuvent être plus adaptées à leurs déficits, éventuellement moins menaçantes ?

## **SIGNAUX D'ALARME**

Les éléments suivants, basés sur les données du recueil de données, désignent les résidents pour qui d'autres évaluations seraient nécessaires, ainsi que le genre d'intervention possible :

### **1. Une révision du programme d'occupation est proposé si :**

Le résident préfère plus ou d'autres choix d'occupations [I5 = 1]

### **2. Une révision du programme d'occupation est proposé pour aider le résident à surmonter sa détresse quand LES TROIS conditions suivantes s'appliquent :**

**a) Peu / pas d'implication dans les occupations [I2 = 2 ou 3]**

**b) Détresse :** un ou plus des indicateurs de relations perturbées [G2a, G2b, G2c, G2d = n'importe lequel coché] OU tristesse quant à la perte du rôle / statut [G3b = coché] OU Expression verbale de tristesse [H1a = coché] OU retrait manifesté par l'absence complète de goût pour une activité [I4j = coché]

**c) Deux ou plus des indicateurs de l'intégrité de la capacité à communiquer ou cognitive:**

- Mémoire à court terme OK [B2a = 0]
- Au moins quelque capacité à prendre des décisions [B4 = 0, 1 ou 2]
- Est compris / est habituellement compris par les autres [C4 = 0 ou 1]
- Comprend / comprend habituellement les autres [C5 = 0 ou 1]

**3. Reprenez le programme d'occupation pour déterminer s'il est susceptible d'aider à surmonter la détresse du résident en présence d'une des situations suivantes :**

- Les situations a et b ci-dessus **ET** le résident est grabataire [E4b = coché]
- Les situations a et b ci-dessus **ET** le résident ne présente **aucun ou seulement un** des 4 indicateurs de capacité de communication et de capacité cognitive (ci cidessus).

**4. La révision du programme d'occupation est proposée si :**

- le plus souvent occupé [I2 = 0] **ET** si le résident passe la plupart du temps éveillé [I1a, I1b, I1c = plus d'un coché]

## **DIRECTIVES**

La liste suivante passe en revue les facteurs qui peuvent empêcher la participation du résident aux occupations. Bien que de nombreux facteurs puissent intervenir, le rôle joué par l'âge devrait normalement pouvoir être éliminé. Si l'âge continue à être considéré comme une cause majeure de l'absence de participation, un programme de formation devrait remédier à un comportement surprotecteur du personnel.

### **Le résident est- il convenablement sollicité, encouragé ?**

Dans une certaine mesure, la capacité dépend des contingences de l'environnement- Quand la sollicitation n'est pas suffisante, un résident peut s'ennuyer, s'isoler, recourir à la critique voire même devenir agressif pour échapper à l'ennui. Finalement, les capacités d'un tel résident peuvent diminuer à cause du manque de sollicitation. Au contraire, quand les capacités du résident sont insuffisantes pour répondre aux sollicitations de l'environnement, il peut réagir avec colère et agressivité.

- Les occupations proposées correspondent-elles aux valeurs, attitudes et attentes du résident?
- Le résident considère-t-il les occupations de loisir comme une perte de temps ? A-t-il jamais réellement appris à jouer ou à faire des choses pour le plaisir ?
- Les souhaits du résident et les types d'occupations antérieures sont-ils pris en compte par le personnel d'animation et le personnel soignant ?
- Le personnel considère-t-il que les occupations nécessitant moins d'énergie peuvent intéresser le résident (p . ex., lire un livre, parler avec sa famille et ses amis, observer le monde, tricoter) ?
- Le résident a-t-il des déficits cognitifs ou fonctionnels qui, soit réduisent ses possibilités, soit l'empêchent de participer aux occupations qui autrement l'auraient intéressé ?

### **Les facteurs liés à la santé qui peuvent affecter la participation aux occupations.**

Un débit cardiaque diminué, une maladie aiguë, une énergie réduite, une fonction respiratoire altérée sont quelques unes des raisons de refuser les occupations. La plupart de ces conditions ne frappe pas nécessairement le résident d'incapacité. Beaucoup trop souvent, une réduction d'activité liée à la maladie peut conduire à un déclin progressif jusqu'à l'abandon des occupations. Cependant ce schéma peut être modifié : de nombreuses occupations peuvent être poursuivies si elles sont adaptées et nécessitent moins d'efforts ou si le résident est aidé pour .

- Le résident souffre-t-il d'un problème de santé aigu ?
- Le résident est-il gêné par la présence d'un appareillage lié à un problème de santé (tubes, bouteille d'oxygène, poche de colostomie, fauteuil roulant) ?
- Le résident s'est-il remis d'une maladie ? Sa capacité de participation aux occupations est-elle plus grande ?
- La maladie a-t-elle entraîné une incapacité chez le résident (troubles du langage, nécessité d'utiliser une canne/un déambulateur/un fauteuil roulant, usage des mains limité) ?
- Le type de traitement suivi par le résident lui laisse-t-il peu de temps ou d'énergie pour participer à ses occupations préférées ?

### **Déclin récent de l'état du résident - cognition, communication, fonction, humeur ou comportement**

Quand des changements pathologiques ont une incidence sur les capacités du résident, le plaisir de s'occuper diminue. Les changements problématiques qui peuvent être liés à l'usage de médicaments agissant sur le psychisme sont particulièrement intéressants. Quand des résidents ou le personnel réagissent de manière excessive à de telles pertes, des stratégies compensatoires peuvent aider : p, ex., les résidents handicapés peuvent bénéficier de l'alternance de périodes d'activité et de périodes de repos. Une segmentation des tâches peut être envisagée ; ou l'énergie disponible des résidents peut être réservée à des occupations plaisantes (utiliser les réserves habituelles de résistance pour marcher jusqu'à la pièce où l'on joue aux cartes plutôt que jusqu'à la salle de bains) ou à des occupations qui ont une signification personnelle (s'asseoir sans aide au service religieux quotidien plutôt qu'à un programme d'activités de groupe).

- Le personnel ou le résident sont-ils surprotecteurs ? Ou ont-ils mal interprété la gravité du déclin cognitif-fonctionnel du résident ? De quelles façons ?
- Le résident conserve-t-il des aptitudes ou une capacité d'apprendre suffisantes pour permettre une plus grande participation à l'activité ?
- Le personnel sait-il comment le résident était avant son récent déclin ? Le personnel de rééducation avance-t-il un pronostic en ce qui concerne la future récupération ou une poursuite du déclin progressif du résident ?

- Y a-t-il une raison valable de croire que le résident ne pourrait tolérer ou serait en danger si le degré d'occupation augmentait ? Quelles raisons peuvent justifier une opinion contraire ?
- Le résident conserve-t-il un désir d'apprendre ou de maîtriser une nouvelle activité précise ? Est-ce réalisable ?
- Y-a-t-il eu une absence de participation à la majorité des activités préférées bien que celles-ci aient été proposées ?

### **Facteurs environnementaux**

Les facteurs environnementaux comprennent les changements dans l'espace du résident, dans le règlement de l'établissement, ceux qui sont dûs à la saison, et des limitations physiques qui empêchent la participation effective du résident.

- Est-ce que les aspects personnels, sociaux et physiques des aménagements environnementaux interfèrent négativement avec la participation aux occupations ? Comment lever ces obstacles ?
- Durant la période d'évaluation du RAI, le degré d'occupation habituel est-il influencé par la saison ou le temps qu'il fait ?
- Le résident peut-il choisir de participer ou de créer une activité ? La souplesse du règlement le permet-elle ?
- Est-ce que le résident préfère être avec les autres, alors que l'aménagement de l'unité y fait obstacle ? D'autres caractéristiques de l'installation contrecarrent-elles le désir du résident d'être impliqué dans la vie de l'institution ? Quelles actions correctrices sont possibles ? Certaines ont-elles été réalisées ?

### **Changements dans la disponibilité du soutien de la famille/des amis/du personnel.**

De nombreux résidents doivent faire face non seulement au changement de domicile, mais aussi à la perte de leurs relations. Quand ceci se produit, le personnel peut envisager d'encourager un résident à développer une relation de soutien avec un autre résident, un membre du personnel ou un bénévole. Ceci peut augmenter le désir de socialisation, d'apporter de l'aide et/ou de participer à des occupations avec ce nouvel ami.

- Est-ce qu'un membre du personnel qui a contribué à entraîner un résident dans les occupations a quitté l'institution, a-t-il été remplacé ?
- Un nouveau membre dans un groupe d'activité est-il considéré par le résident comme un leader ?
- Est-ce qu'un autre résident leader de l'unité est mort ou a quitté l'unité ?
- Est-ce que ce résident est timide, incapable de se faire de nouveaux amis ?
- Est-ce que l'expression d'insatisfaction du résident avec les autres résidents indique qu'il ne

souhaite pas participer au groupe ?

**Problèmes associés à prendre en compte pour ceux qui, actuellement, participent activement aux occupations.**

Les maladies cardiaques et les autres maladies qui peuvent nécessiter de ralentir son rythme de vie sont particulièrement importantes.

23 juin 2009

Éditique : Dr Lucien Mias