

Faculté des sciences de la motricité

La culture de soin Montessori en EHPAD : perception et acculturation des kinésithérapeutes sous statut libéral

Auteure : Lucie VANCRAEYNEST
Promoteur : Jean-Philippe COBBAUT
Année académique 2024 – 2025
Master [120] en Sciences de la Motricité, orientation générale
à Finalité Approfondie – MOTR-MA

La culture de soin Montessori en EHPAD : perception et acculturation des kinésithérapeutes sous statut libéral

Auteure : Lucie VANCRAEYNEST

Promoteur : Jean-Philippe COBBAUT

Année académique 2024 – 2025

Université Catholique de Louvain

Faculté des Sciences de la Motricité

Master [120] en Sciences de la Motricité, orientation générale à Finalité

Approfondie – MOTR-MA

Résumé de l'étude

Introduction : La philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées avec des troubles neurocognitifs (TNC) majeurs vise à renforcer leur autonomie par des activités porteuses de sens. Elle implique un véritable changement de culture porté par l'ensemble de la communauté de soin, y compris les kinésithérapeutes, dont le rôle dans le maintien de l'autonomie est central. En France, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) font le plus souvent appel à des kinésithérapeutes sous statut libéral. Dans les EHPAD dont le personnel soignant est formé à la philosophie Montessori, ces kinésithérapeutes le sont rarement. En les considérant incultes à cette culture de soin, l'on peut analyser leur position sous l'angle de l'acculturation, qui suggère qu'un contact prolongé avec une culture de soin différente de la leur peut induire progressivement des changements dans leurs comportements, attitudes, valeurs et identités.

Méthodes : Six kinésithérapeutes intervenant sous statut libéral dans un EHPAD intégrant les principes Montessori ont participé à des entretiens individuels semi-directifs. Leur perception de la philosophie Montessori comme culture de soin de l'EHPAD a été explorée, ainsi que les facteurs conditionnant cette perception. De plus, il a été identifié comment se traduisait leur éventuelle acculturation à cette philosophie Montessori, en décrivant comment ses principes peuvent être adaptés dans la pratique de la kinésithérapie.

Résultats : Seulement un kinésithérapeute interrogé avait identifié consciemment la philosophie Montessori comme constituant la culture de soin de l'EHPAD. L'ensemble des kinésithérapeutes semblait présenter un niveau d'acculturation relativement faible, ce qui pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment temporels et motivationnels. Souvent qualifiée de « bon sens », la philosophie Montessori ne semble toutefois pas si simple à mettre en œuvre dans le cadre de la kinésithérapie, où les possibilités de choix pour la personne et d'activités porteuses de sens apparaissent limitées.

Conclusion : Les contraintes temporelles induites par le mode de financement à l'acte complexifient l'implication des kinésithérapeutes sous statut libéral dans une approche globale et centrée sur la personne comme la philosophie Montessori. L'engagement personnel que chaque kinésithérapeute souhaite investir dans sa pratique en EHPAD joue également un rôle important. En ce sens, l'EHPAD devrait communiquer davantage sa culture de soin aux prestataires externes, et revaloriser le contrat-type encadrant leur collaboration, qui stipule que celle-ci implique leur adhésion au projet d'établissement.

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mon promoteur, Jean-Philippe Cobbaut, pour la confiance qu'il m'a accordée dans la réalisation de ce Master [120]. Je remercie également Marjorie Déplanque, sa doctorante, pour m'avoir intégrée à un projet aussi personnel que son processus de thèse, ainsi que pour son accompagnement tout au long de cette étude.

Je tiens également à remercier l'EHPAD étudié ainsi que toutes les personnes qui m'y ont accueillie chaleureusement lors de mes différentes visites. L'accompagnement que j'ai pu y observer m'a rappelé qu'en dépit des difficultés organisationnelles qui régissent le monde du soin aux personnes âgées, un accompagnement différent, plus humain et respectueux de l'intégrité des personnes, est bel et bien possible. La motivation des personnes rencontrées, notamment l'une des référentes Montessori de l'établissement, a renouvelé mon envie de m'investir chaque jour auprès des personnes âgées, dans des projets qui, certes, sortent du cadre, mais gagnent surtout à en sortir, tant ils nous enrichissent, nous aussi, soignants et soignantes.

Mes remerciements vont également aux kinésithérapeutes que j'ai pu interroger dans le cadre de cette étude, malgré les contraintes temporelles qui y sont décrites.

Enfin, je remercie chaleureusement mes proches pour l'intérêt constant qu'ils et elles ont porté à mon travail. Je retiens aussi bien leur patience lors de mes longs monologues aux moments les plus stimulants de cette étude, que leur soutien précieux dans les instants de découragement, décidément indissociables du processus de recherche. Mes remerciements vont tout particulièrement à ma maman et à ma sœur, pour leurs nombreuses relectures et corrections.

Définition des abréviations

AD&D : Accompagnement en Gérontologie et Développement

CEM : Centre d'Éthique Médicale

CERIS : Comité Éthique de la Recherche et Intégrité Scientifique

COREQ : *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

DS : Déviation Standard

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ICL : Institut Catholique de Lille

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

MAS : *Montessori Assessment System*

MRPA : Maison de Repos pour Personnes Âgées

MRS : Maison de Repos et de Soins

MSc : *Master of Science*

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PhD : *Philosophiæ Doctor*

TNC : Troubles Neurocognitifs

UCLouvain : Université Catholique de Louvain

Table des matières

Résumé de l'étude	1
Remerciements	2
Définition des abréviations	3
Introduction	5
Les établissements d'hébergement pour personnes âgées et le mouvement de changement de culture	5
La philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs	7
La place des kinésithérapeutes en établissement d'hébergement pour personnes âgées	10
Méthodes	13
Paradigme de recherche et contexte de l'étude	13
Description de l'EHPAD et de son intégration des principes Montessori adaptés aux personnes âgées	14
Recrutement et méthodes de collecte des données	15
Méthodes de traitement et d'analyse des données	16
Résultats	17
Description du contexte professionnel des kinésithérapeutes sous statut libéral	17
Perception de la culture de soin Montessori par les kinésithérapeutes sous statut libéral	21
Acculturation des kinésithérapeutes sous statut libéral à la philosophie Montessori	30
Discussion	40
Résumé des résultats principaux et pistes de réflexion	40
Forces et limites de l'étude	42
Déclarations	44
Conclusion	45
Annexe 1 – Lignes directrices COREQ	47
Annexe 2 – Guide d'entretien semi-dirigé	50
Bibliographie	52

Introduction

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées et le mouvement de changement de culture

Sous l'effet conjoint de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse des taux de fertilité, la population mondiale ne cesse de vieillir ¹. Ni la Belgique ni la France ne font exception, avec des proportions de personnes âgées de 65 ans ou plus assez similaires dans les deux pays, et qui sont passées de près de 18 % en 2014 ^{2,3} à respectivement 20 % et 21,5 % en 2024 ^{2,4}. Selon les projections démographiques, ces proportions devraient encore largement augmenter dans les années à venir ⁵⁻⁷. En plus d'être de plus en plus nombreuses, les personnes âgées vivent aussi de plus en plus longtemps ; on note en effet une forte progression du quatrième âge (personnes âgées de 75 ans ou plus), dont le nombre devrait pratiquement doubler d'ici 2070 ^{6,7}.

Avec l'avancée en âge augmente le risque de dépendance, et par conséquent, le besoin d'un accompagnement continu à long terme dans les activités de la vie quotidienne. Lorsque les aides et soins à domicile ne sont plus suffisants pour permettre à la personne de continuer à vivre chez elle, celle-ci doit alors dans la plupart des cas emménager dans une structure résidentielle adaptée pour personnes âgées ⁵. La Belgique compte environ 1500 de ces structures agréées ⁸, Parmi lesquelles on retrouve les Maisons de Repos pour Personnes Âgées (MRPA) et les Maisons de Repos et de Soins (MRS), à destination des personnes plus dépendantes. Ces structures comptabilisaient en 2022 un peu plus de 148 000 places, soit environ 65 places pour 1000 personnes âgées de 65 ans ou plus ⁹. En France, on dénombre plus de 10 600 établissements à destination des personnes âgées. Celles nécessitant des soins continus sont accueillies dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ¹⁰, qui totalisaient en 2022 un peu plus de 614 000 places, soit environ 43 places pour 1000 personnes âgées de 65 ans ou plus ^{11,12}. Comme en Belgique, il existe des structures destinées aux personnes plus autonomes, mais les besoins en matière de places y sont nettement moins importants ⁸.

De nombreuses études se sont penchées sur les dynamiques institutionnelles des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Une équipe liégeoise de psychologues spécialistes du vieillissement en a décrit l'évolution depuis les années 1950 ¹³. À l'origine, ces établissements ont été développés selon un modèle médical qui leur imposait un fonctionnement proche de celui des hôpitaux, focalisé sur la santé et la sécurité plutôt que

sur la qualité de vie des personnes y habitant. Traditionnellement, ces structures suivent un modèle hiérarchique selon lequel les décisions sont prises par les cadres supérieurs et principalement orientées vers les tâches à accomplir, dans un objectif de réduction des risques ¹³ : considération des pathologies comme axe principal de la relation de soin, utilisation de contentions physiques et chimiques en réaction aux troubles du comportement, établissement de routines cliniques strictes encadrant notamment les levers et couchers, les soins, les passages aux toilettes, avec peu de possibilité de variation ou d'interaction, et cetera ¹⁴. Ce mode de fonctionnement paternaliste ne laisse que peu de place à l'autonomie des habitants et habitantes, dont les préférences sont rarement prises en compte et qui voient par conséquent leurs besoins émotionnels, sociaux et spirituels ainsi que leur intimité fortement négligés ¹³. En 2013, une étude qualitative a par exemple mis en lumière le vécu de personnes âgées vivant en institution et présentant un syndrome de démence, qui rapportaient notamment un manque de pouvoir décisionnel et un sentiment d'enfermement ¹⁵.

En réaction à ce modèle de soin biomédical et impersonnel, un groupe américain de personnes travaillant dans des structures d'hébergement pour personnes âgées, connu aujourd'hui comme le *Pioneer Network*, appela en 1997 à un changement de paradigme visant l'évolution vers un modèle de soin permettant davantage l'épanouissement du personnel et des habitants et habitantes, avec comme objectif principal leur qualité de vie ¹⁶. C'est ainsi qu'est né le mouvement de changement de culture, qui appelle à la transition des dynamiques institutionnelles vers des approches centrées sur la personne et fondées sur des valeurs telles que la dignité, le respect et la personnalisation des soins ¹³. Les approches centrées sur la personne entendent individualiser l'accompagnement de la personne âgée, en donnant autant d'importance à l'aspect relationnel qu'au soin. Elles impliquent notamment une réelle connaissance de la personne, l'encouragement de son autodétermination et la réalisation d'activités signifiantes pour elle, le tout dans un environnement pensé pour être « comme à la maison » ⁸. L'ensemble des valeurs et principes éthiques qui sous-tendent ce type d'accompagnement ont amené l'*American Society of Aging* à les considérer comme devant constituer le *gold-standard* des soins apportés aux personnes âgées ¹⁷. Parmi les approches centrées sur la personne, certaines ont comme objectif principal la prise en charge non pharmacologique des symptômes psychologiques et comportementaux liés aux TNC majeurs ; la méthode de validation de Naomi Feil, la thérapie de réminiscence et la stimulation multisensorielle en sont des exemples ¹⁸. D'autres approches, parmi lesquelles la philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées et le modèle Tubbe, sont plus

transversales et impliquent davantage une transformation en profondeur de la culture institutionnelle ^{19,20}. La première, particulièrement focalisée sur l'autonomie, constitue la culture de soin choisie dans le cadre de cette étude pour analyser les mécanismes d'acculturation. Elle est développée en détail plus loin. Le modèle Tubbe, développé en Suède et aujourd'hui largement promu en Belgique par la Fondation Roi Baudouin, vise à améliorer la qualité de vie dans les maisons de repos en instaurant une gouvernance partagée : les résidents et résidentes, leur famille, le personnel et la direction participent collectivement aux décisions qui concernent la vie quotidienne de l'établissement. Ce modèle repose sur un changement de paradigme organisationnel, en mettant l'accent sur la confiance, la responsabilité et l'implication active de chacun ²⁰.

La philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs

La méthode Montessori, à l'origine développée au début du 20^e siècle par la médecin italienne Maria Montessori pour favoriser l'autonomie d'enfants avec troubles de l'apprentissage ²¹, a été adaptée à partir de 1995 par le psychologue américain Cameron Camp à destination des personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs (TNC) majeurs ^{22,23}. Cet accompagnement, dont l'objectif principal est de favoriser l'autonomie de la personne à travers des activités adaptées et porteuses de sens, repose sur plusieurs principes, détaillés ci-dessous (Tableau 1) ²¹.

Tableau 1 – Les grands principes Montessori adaptés aux personnes âgées, décrits par Jérôme Erkes et Sophie Bayard (2023) ²¹

Principe	Détail
Changer de regard sur la personne	Ne plus voir la pathologie, les déficits et difficultés de la personne au premier plan mais remettre son humanité, sa personnalité et ses capacités comme socle de l'accompagnement. Par exemple : recueillir l'histoire de vie et utiliser la grille des capacités préservées ²⁴ ou le <i>Montessori Assessment System</i> (MAS) ²⁵.
Lier comportements et besoins humains fondamentaux	Comprendre les « troubles du comportement » comme étant réactionnels à des besoins humains non satisfaits plutôt qu'étant des symptômes d'une pathologie, et identifier à travers une démarche structurée d'analyse les déclencheurs potentiels de ces comportements réactionnels. Par exemple : l'agitation, l'agressivité, l'apathie, et cetera, sont souvent la conséquence de sentiments de solitude, d'ennui, d'un besoin d'interactions sociales, et cetera.

Renforcer choix et sentiment de contrôle	Redonner du contrôle sur sa vie à la personne ayant des troubles cognitifs, notamment par la formulation de choix individuels dans toutes les interactions avec la personne ou sous forme de choix collectifs. Par exemple : donner à la personne des choix à deux options ou simplement lui demander son avis ou son accord, organiser des comités d'habitants et habitantes, et cetera.
Favoriser l'engagement dans des activités porteuses de sens	Solliciter l'aide et la participation de la personne (en lui laissant le choix) dans tout ce que le personnel fait habituellement pour elle, en se connectant à ses intérêts et préférences et en favorisant le lien social et le sentiment d'appartenance. Par exemple : redonner un rôle social aux personnes en leur proposant d'aider dans les activités du quotidien (ranger, nettoyer, mettre ou débarrasser la table, arroser les plantes, et cetera).
Agir en facilitateur	Passer d'une posture dans laquelle le personnel fait pour la personne, à sa place, à une posture de facilitateur dans laquelle il aide à faire seul, en respectant le plus possible les douze principes Montessori : 1. Proposer à la personne une activité qui a un but et du sens pour elle, qui capte son intérêt. 2. Se concentrer sur les capacités de la personne. 3. Demander à la personne et l'inviter à participer. 4. Offrir du choix à chaque fois que c'est possible. 5. Préparer l'environnement, utiliser des modèles et des indices visuels. 6. Donner à la personne quelque chose à tenir et à manipuler. 7. Parler moins, montrer plus. 8. Ralentir. Adapter le rythme à celui de la personne. 9. Diviser l'activité en sous étapes. Une étape à la fois. 10. Aller du plus simple au plus complexe. 11. Encourager l'engagement de la personne. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de faire. 12. Terminer en remerciant la personne puis en lui demandant si elle a apprécié et si elle souhaiterait recommencer.
Préparer l'environnement	Adapter l'environnement de la personne pour qu'il soutienne son fonctionnement et son bien-être, en sollicitant autant que possible son avis, son aide et sa participation. Par exemple : utiliser des signalétiques adaptées pour soutenir l'orientation spatiale et temporelle, proposer des activités adaptées librement accessibles à des endroits-clés, utiliser des badges adaptés pour faciliter la connaissance du nom ou du prénom, simplifier l'environnement en éliminant ou masquant les distracteurs et éléments ne favorisant pas le bien-être de la personne, et cetera.

Selon une revue de littérature datant de 2023, le recours à la méthode Montessori peut améliorer significativement l'engagement, les comportements et les affects des personnes ciblées au cours des activités proposées. Certains de ces effets peuvent se prolonger en dehors des temps stricts d'activité, faisant de cette méthode l'intervention non-

pharmacologique la plus efficace sur les comportements nocturnes d'agitation, d'agressivité et de cris. Les comportements alimentaires peuvent également être améliorés, avec une augmentation des capacités et du temps passé à s'alimenter de manière indépendante. De plus, cet accompagnement montre des effets sur le bien-être du personnel, en augmentant la satisfaction au travail et en réduisant le turn-over des équipes. Les aidants proches bénéficient eux aussi des bienfaits de la méthode Montessori, en montrant une augmentation de l'engagement constructif et une diminution de la passivité lors des visites, et en exprimant une réduction du fardeau ressenti ¹⁷. Une autre revue systématique a mis en évidence des effets similaires de la méthode sur l'engagement, la santé mentale, l'alimentation et le statut nutritionnel des personnes âgées en bénéficiant ²⁶.

Il est important de noter que le terme « activités » ne renvoie ici pas aux activités dites d'animation, mais à toutes les opportunités pour la personne de faire quelque chose qui a du sens pour elle (activités instrumentales de la vie quotidienne, activités artistiques, sociales, sportives, intergénérationnelles, et cetera) ²¹. Pour être efficace au long cours, la méthode Montessori doit donc constituer une philosophie globale d'accompagnement au quotidien et inclure une adaptation concrète et durable de l'environnement, plutôt qu'être appliquée ponctuellement à travers des activités isolées. Elle s'inscrit dans une démarche cohérente, où chaque moment de la journée devient une opportunité de valoriser les capacités de la personne, de soutenir son autonomie et de renforcer son sentiment d'utilité. Ainsi, elle fait partie des approches centrées sur la personne qui impliquent un véritable changement de culture au sein de l'établissement qui souhaite l'adopter ¹⁷. Ce changement de culture est au cœur de la réflexion menée par Bourgeois et al., qui décrivent l'approche Montessori non pas simplement comme une méthode, mais comme une véritable révolution des soins en institution. Selon elles, elle transforme en profondeur les représentations du personnel soignant, les dynamiques de pouvoir et les routines de travail. L'accent est mis sur la création d'un environnement préparé et structuré pour susciter l'engagement des personnes, ainsi que sur la transformation du rôle du personnel, qui devient facilitateur plutôt qu'exécutant. En ce sens, la philosophie Montessori pour les personnes âgées présentant des TNC majeurs constitue moins une technique qu'une culture de soin qui remet en question les logiques institutionnelles traditionnelles ²⁷. Malgré cela, le terme « méthode » est encore largement utilisé dans le langage courant. Dans ce manuscrit, nous y ferons désormais référence sous le terme « philosophie Montessori ».

La place des kinésithérapeutes en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Dans les approches centrées sur la personne âgée, de nombreuses personnes issues de divers champs de compétences doivent collaborer en interdisciplinarité²⁸. La philosophie Montessori ne fait pas exception, son efficacité reposant sur l'application de ses principes par l'ensemble du personnel constituant la communauté de soin de la personne âgée : cadres supérieurs, personnel infirmier et aide-soignant, psychologues, personnel d'animation, ergothérapeutes, et cetera. Aussi les kinésithérapeutes font partie intégrante de cette communauté de soin, de par leur rôle dans le maintien des capacités fonctionnelles, la prévention des chutes et la réduction des conséquences liés à la sédentarité de la personne âgée ainsi que des comportements réactionnels qu'elle peut engendrer²⁹. En effet, la prévention de la contention et des risques qui y sont associés est un objectif de la kinésithérapie en établissement d'hébergement pour personnes âgées³⁰. Dans une interview accordée à Senior Montessori, organisme de formation à la philosophie Montessori adaptée à la personne âgée en Belgique, une kinésithérapeute décrit son rôle comme visant à rendre aux personnes leur liberté de mouvement en toute sécurité. Formée à la philosophie Montessori, elle explique que celle-ci implique de s'éloigner d'un mode de fonctionnement rigide, fondé sur des activités imposées à des horaires fixes, pour se rapprocher davantage du rythme naturel de la personne. Il s'agirait ainsi de la solliciter lorsqu'elle manifeste un besoin de mouvement, en l'accompagnant dans les activités qui suscitent son intérêt à cet instant-là (Patricia : « *C'est plus "Je plie la jambe, j'étends le bras", c'est "Je vis".* »). Dans cette perspective, chaque séance devient unique, car adaptée aux besoins spécifiques de la personne à ce moment précis³¹.

En Belgique, la législation impose aux MRS l'engagement sous statut salarié de kinésithérapeutes³², dont la rémunération est couverte par des financements publics issus des cotisations sociales dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire⁵. Ces financements sont versés aux établissements par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), selon un forfait calculé sur la base du niveau de dépendance des personnes qui y habitent³³. En France, aucune norme d'encadrement dans les EHPAD n'existe à ce jour³⁴. La législation prévoit l'engagement par les EHPAD d'ergothérapeutes, de psychomotriciens ou psychomotriciennes et de psychologues notamment³⁵, mais les kinésithérapeutes y interviennent le plus souvent sous statut libéral³⁶. Il existe cependant une option tarifaire dite « globale », appliquée par 28 % des EHPAD, qui permet de financer sous forme de forfait l'ensemble de l'activité médicale et donc de salarier les professionnels qui y

interviennent de façon plus ponctuelle et parcellaire, comme les kinésithérapeutes ^{34,36}. Cependant, en pratique, les EHPAD fonctionnant au tarif global peinent à recruter des kinésithérapeutes sous statut salarié, faute de candidatures. À défaut, ce sont les psychomotriciens ou psychomotriciennes et les ergothérapeutes qui se chargent notamment de la prévention des chutes ³⁶.

Une mémorante en kinésithérapie a étudié en 2023 l'impact du statut libéral des kinésithérapeutes intervenant en EHPAD sur leurs relations interdisciplinaires avec le personnel salarié de l'établissement. Elle a mis en évidence une moins bonne intégration de ces kinésithérapeutes dans les équipes, ce qui peut résulter en une moins bonne collaboration interdisciplinaire et influencer la qualité des soins donnés. Cet effet est d'autant plus important lorsqu'il s'agit d'accompagner des personnes présentant des troubles cognitifs, car les kinésithérapeutes ont dans ce cas davantage besoin de s'appuyer sur les connaissances des équipes ³⁷. Globalement, les rapports s'intéressant à ce sujet montrent effectivement un dialogue insuffisant entre les kinésithérapeutes sous statut libéral et les équipes salariées et une mauvaise traçabilité des soins prodigués par les kinésithérapeutes, ce qui représente un frein à la collaboration interdisciplinaire ³⁶.

Cette image d'électron libre conférée aux kinésithérapeutes sous statut libéral interroge sur leur rôle dans les approches centrées sur la personne. Dans la mesure où les kinésithérapeutes exerçant sous statut libéral participent rarement aux formations internes des EHPAD dans lesquels ils et elles interviennent, on peut supposer que leur pratique repose essentiellement sur leurs propres savoirs, habitudes et représentations de leur rôle. En ce sens, les kinésithérapeutes développent leur propre culture de soin, distincte de celle de l'EHPAD, ce qui peut les rendre relativement incultes à la culture de soin spécifique qui y est promue. Cependant, selon un phénomène sociologique appelé « acculturation », des individus issus d'une culture donnée peuvent, au fil de contacts répétés avec un groupe de culture différente, adopter progressivement des changements dans leurs comportements, attitudes, valeurs et identité ³⁸. Jusqu'ici principalement étudié dans le contexte de l'immigration, l'angle d'analyse de l'acculturation a été exploré par Bauchetet et al. concernant l'adoption par un service hospitalier d'un nouveau modèle organisationnel basé sur le respect, la reconnaissance et la responsabilisation ; la démarche participative ³⁹. On peut émettre l'hypothèse que les kinésithérapeutes intervenant en EHPAD sous statut libéral finissent, par la force des interactions prolongées avec la culture de soin de l'établissement, par adapter progressivement et naturellement leur pratique au contexte du lieu, et ce malgré leur absence de formation complémentaire.

Cette question de l'acculturation des kinésithérapeutes à la culture de soin de l'EHPAD dans lequel ils et elles interviennent sous statut libéral n'a, à notre connaissance, jamais été étudiée. Pourtant, le rôle des kinésithérapeutes dans une approche centrée sur la personne et visant avant tout l'autonomie, comme la philosophie Montessori, est tout à fait central et la littérature existante montre que le fonctionnement actuel des kinésithérapeutes libéraux en EHPAD pourrait entraver une collaboration interdisciplinaire essentielle à ce type d'approche. La présente étude est donc motivée par deux objectifs principaux. Le premier est d'explorer dans quelle mesure la culture de soin d'un EHPAD visant à intégrer la philosophie Montessori est perçue par les kinésithérapeutes qui y interviennent sous statut libéral, tout en mettant en évidence les facteurs qui conditionnent cette perception. Le second objectif est d'identifier comment se traduit l'éventuelle acculturation de ces kinésithérapeutes à la philosophie Montessori dans leur pratique, en décrivant comment ses principes peuvent être appliqués concrètement dans le contexte de la kinésithérapie.

Méthodes

Paradigme de recherche et contexte de l'étude

L'objectif de cette étude étant d'approfondir notre compréhension des perceptions, attitudes et comportements de kinésithérapeutes exerçant sous statut libéral au sein d'un EHPAD intégrant les principes Montessori, c'est l'approche qualitative de type phénoménologique qui a été retenue. Ce choix méthodologique permet d'explorer de manière approfondie l'expérience vécue par les kinésithérapeutes ainsi que le sens qui y est attribué selon leur propre perspective ⁴⁰. Dans cette logique, les lignes directrices COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) ont été suivies tout au long de la rédaction de ce manuscrit (Annexe 1) ⁴¹.

Cette étude s'intègre au processus de thèse en Santé Publique et Éthique de Marjorie Déplanque (MD), kinésithérapeute (MSc) et doctorante au Centre d'Éthique Médicale (CEM) de l'Institut Catholique de Lille. Ses travaux portent sur la notion d'autonomie qu'elle tente de conceptualiser, notamment dans le domaine de l'accompagnement de la personne âgée à travers la recherche « AppM », menée en 2025 dans un EHPAD intégrant les principes Montessori. La présente étude s'inscrit dans ce même contexte, en se focalisant plus spécifiquement sur la perspective des kinésithérapeutes intervenant dans cet établissement sous statut libéral. Elle est principalement menée par Lucie Vancraeynest (LV), kinésithérapeute (MSc), et collaborant avec le CEM dans le cadre d'un master complémentaire en recherche scientifique à l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain). Exerçant en MRS en tant que salariée et formée par ailleurs à la philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs, elle s'intéresse à l'intégration de cette approche dans la pratique de la kinésithérapie. Antérieurement à cette étude, LV n'avait aucun lien avec l'EHPAD ni avec les kinésithérapeutes y intervenant. Cette étude est supervisée par Jean-Philippe Cobbaut (JPC), qui est juriste, philosophe, docteur habilité à diriger des recherches en Santé Publique (PhD), et directeur du CEM.

Ce projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation par le Comité Éthique de la Recherche et Intégrité Scientifique (CERIS), lié à l'Institut Catholique de Lille (ICL), avec comme numéro interne 202501CERIS0007_V1. Chaque personne ayant participé à l'étude a signé un document de consentement éclairé.

Description de l'EHPAD et de son intégration des principes Montessori adaptés aux personnes âgées

L'EHPAD où s'est déroulée cette étude est dirigé par une experte de la philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées, désireuse que son établissement fasse l'objet de recherche scientifique. L'intégration de la philosophie Montessori y a débuté il y a une dizaine d'années sous son impulsion, et les équipes ont été progressivement formées depuis. Un comité Montessori a été créé afin de faire vivre cette philosophie au sein de l'établissement et de porter divers projets en lien avec elle. Ce comité, ouvert à l'ensemble du personnel souhaitant s'investir activement dans cette démarche, est aujourd'hui piloté par deux référentes.

Si aucun agrément ne permet actuellement d'attester de l'intégration effective des principes Montessori dans un EHPAD ayant formé son personnel ⁴², il existe cependant une grille d'évaluation récemment développée dans le but de quantifier le degré d'intégration de la philosophie à l'échelle individuelle et à l'échelle de la structure ⁴³. Celle-ci nous a été fournie par Jérôme Erkes, directeur de *AG&D – Montessori Lifestyle*, organisme de formation à l'approche Montessori adaptée à la personne âgée en France, à l'origine du développement de l'outil. La grille d'évaluation comporte 55 affirmations réparties en 7 catégories différentes, pour lesquelles la personne complétant l'évaluation doit cocher son degré d'accord, allant de « Totalelement en désaccord » (0) à « Totalelement en accord » (5). Il en résulte un score pouvant aller de 0 à 275. Bien qu'aucun seuil n'ait encore été établi pour en interpréter précisément la signification, ce score constitue néanmoins un bon indicateur du niveau actuel d'intégration des principes Montessori au sein de l'EHPAD. La grille d'évaluation a été complétée en juin 2025 par l'une des référentes Montessori de l'EHPAD, également maîtresse de maison. Les scores relatifs à chaque catégorie sont repris ci-dessous (Tableau 2).

Tableau 2 – Degré d'intégration des principes Montessori par l'EHPAD, évalué par la grille d'évaluation d'AG&D – Montessori Lifestyle ⁴³

Catégorie	Score total	Score ajusté
« Voir les résidents autrement »	15/20	7,5/10
« Du choix et du contrôle »	44/55	8/10
« Un environnement préparé, adapté aux résidents »	62/80	7,8/10

« Des activités adaptées et porteuses de sens au quotidien »	41/45	9,1/10
« Comportements réactionnels »	21/25	8,4/10
« Familles et proches »	13/20	6,5/10
« Management »	29/30	9,7/10
Total	225/275	57/70

Recrutement et méthodes de collecte des données

Sur demande de LV, l'étude a été présentée en avril 2025 par une salariée de l'EHPAD en charge de la coordination avec les prestataires externes à la douzaine de kinésithérapeutes y intervenant, via un groupe WhatsApp les réunissant. Il a été dit aux kinésithérapeutes que LV menait une étude au sujet de la place des kinésithérapeutes intervenant à l'EHPAD sous statut libéral, et les contacts de toutes les personnes potentiellement intéressées par une participation ont été transmis à LV par la coordinatrice. Ces personnes ont été contactées via téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien. Si les critères de sélection prévoyaient d'exclure toute personne présentant des troubles de la communication susceptibles d'entraver le bon déroulement de l'entretien ainsi que celles n'effectuant que des remplacements ponctuels au sein de l'EHPAD, toutes les personnes volontaires, y compris celles habituées de l'EHPAD mais n'y intervenant pas au moment de l'étude, ont pu être incluses dans l'étude. Ceci dit, plusieurs freins ont été rencontrés au cours du recrutement, notamment un manque de disponibilité et une faible réactivité de la part des personnes sollicitées. Ces difficultés reflètent en partie la réalité des kinésithérapeutes sous statut libéral, pour qui dégager du temps durant la journée de travail s'avère difficile, et dont le temps personnel est souvent contraint par des obligations familiales. Par ailleurs, le statut libéral, plus externe, semble avoir contribué à une certaine réserve vis-à-vis de la participation à une étude centrée sur l'EHPAD. Enfin, le recours à un recrutement exclusivement à distance (via messagerie et appels téléphoniques) a pu accentuer ces freins, en limitant les échanges informels ou la possibilité de créer un lien plus direct. Ce contexte a fortement limité le nombre de personnes effectivement incluses dans l'étude. Finalement, six personnes ont accepté de participer. Une seule a explicitement refusé pour manque de temps, et les autres n'ont pas donné suite malgré les nombreuses relances.

Les entretiens individuels ont été menés en visioconférence via la plateforme Microsoft Teams et enregistrés au moyen d'un enregistreur vocal à piles. Un guide d'entretien semi-dirigé (Annexe 2) a été préparé en amont afin de permettre d'aborder la perception des kinésithérapeutes de la philosophie Montessori intégrée dans l'EHPAD, ainsi que son adaptation dans le contexte de la kinésithérapie. Étant donnée l'absence de formation des kinésithérapeutes à la philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées, les grands principes leur ont été présentés sur un support Microsoft PowerPoint, afin de nourrir la réflexion et de faciliter les échanges. Après l'entretien, l'intégration individuelle des principes Montessori adaptée à la personne âgée a été quantifiée pour chaque personne en utilisant l'outil fourni par *AG&D – Montessori Lifestyle*. Cette grille comporte 15 principes pour lesquels les personnes doivent cocher la fréquence d'application au cours du dernier mois écoulé, allant de « Jamais » (0) à « Toujours » (5). Il en résulte un score pouvant aller de 0 à 75 mais tout comme pour le score global lié à la structure, aucun seuil n'a été fixé pour interpréter ce score. Cette recherche itérative a également été enrichie de nombreuses observations de terrain et d'échanges plus informels avec les équipes salariées de l'EHPAD, qui ont alimenté la réflexion de LV tout au long de l'étude.

Méthodes de traitement et d'analyse des données

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits selon les termes exacts à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Après retranscription, une analyse thématique ⁴⁴ a été réalisée en codifiant chaque entretien extrait par extrait à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo 15 (Lumivero). Dans un premier temps, une lecture dite « verticale » a permis de classer chaque extrait pertinent, en fonction des objectifs de recherche, selon qu'il relevait du contexte professionnel, de la perception de la culture de soin ou de son adaptation en kinésithérapie. Chacune de ces trois catégories regroupait plusieurs sous-catégories, notamment autour des six grands principes de la méthode Montessori. Dans un second temps, une lecture dite « horizontale » a permis d'interpréter les extraits et d'analyser leurs interactions. Ce croisement a conduit à l'émergence de thèmes et de sous-thèmes structurant l'analyse finale.

Dans un souci de respect de la confidentialité des personnes ayant participé à l'étude, chaque extrait utilisé pour illustrer les résultats a été pseudonymisé lorsque cela s'avérait nécessaire. L'ensemble des données à caractère personnel ont été stockées dans un dossier sécurisé sur un ordinateur protégé par mot de passe, et seront supprimées 5 ans après la parution de la présente étude.

Résultats

Entre avril et juillet 2025, six kinésithérapeutes ont accepté de participer à l'étude. Leurs caractéristiques sont présentées ci-dessous (Tableau 3).

Tableau 3 – Description des caractéristiques des personnes ayant participé à l'étude

Caractéristiques de l'échantillon (n = 6)			
Variable catégorielle		Nombre (proportion)	
Genre			
Féminin		4 (66 %)	
Masculin		2 (33 %)	
Variables continues	Moyenne ± DS	Médiane	Range
Âge (années)	36 ± 3	35	33 – 40
Ancienneté au sein de l'EHPAD (années)	7 ± 3	7	2,5 – 12
Temps passé au sein de l'EHPAD (heures par semaine)	6 ± 5	5	0 – 12
Score Montessori individuel (sur 75)	51 ± 9	54	35 – 59

DS : Déviation Standard (écart-type)

Pour rappel, les critères de sélection permettaient d'inclure dans les kinésithérapeutes ayant l'habitude de l'EHPAD mais n'y intervenant pas au moment de l'étude, d'où un temps minimal passé dans l'établissement nul. Les entretiens ont eu une durée moyenne d'une heure, variant de 52 à 80 minutes. Avant de répondre aux deux questions de recherche, il est essentiel de contextualiser la réalité du terrain en précisant le cadre professionnel dans lequel s'inscrivent les kinésithérapeutes intervenant à l'EHPAD.

Description du contexte professionnel des kinésithérapeutes sous statut libéral

En pratique, lorsqu'il y a une demande de kinésithérapie pour un habitant ou une habitante, c'est généralement le personnel de l'EHPAD qui fait appel à l'un ou l'une des kinésithérapeutes intervenant déjà au sein de celui-ci, le plus souvent en fonction de ses disponibilités mais également selon le type de profil :

Sophie : « *Quand les résidents ils rentrent, soit ils rentrent avec leur personnel médical entre guillemets, donc ils ont déjà leur kiné, donc c'est le kiné qu'ils avaient déjà avant qui continue de venir. (...) [Chloé] demande un peu qui a de la place, qui dans son planning peut prendre quelqu'un en plus. Je pense aussi qu'elle fait un peu... En tout cas c'est mon ressenti, il y a rien de concret, mais qu'elle fait un peu au profil du thérapeute, sa façon de travailler.* »

Plusieurs personnes interrogées ont décrit le peu de contact et de collaboration entre les kinésithérapeutes intervenant à l'EHPAD, excepté dans les cas où il s'agissait de leurs collègues exerçant au sein du même cabinet :

Sophie : « Là où il va y avoir de la collaboration, c'est que si y en a un qui est absent une journée ou absent une semaine, dire bah "Tiens, est-ce que tu pourrais, toi, l'intégrer dans ton planning la semaine suivante, enfin, quand moi je suis en vacances. Est-ce que là, tu peux quand même aller la voir au moins une fois ?". (...) Mais sur les autres kinés de l'EHPAD... Ça nous est arrivé, mais c'est vrai que là, ça fait longtemps que c'était pas arrivé, que par exemple, si y a un patient qui [a besoin de kinésithérapie respiratoire], et qui doit être vu le weekend ou qui doit être vu un peu plus, ou quelqu'un est pas là et que de manière très spontanée parce que malade ou quoi que ce soit, des "Tiens, faudrait voir absolument tel patient, est-ce qu'il y en a un de la structure qui pourrait aller le voir ?", ça, c'est déjà arrivé. On a un groupe WhatsApp avec tous les kinés libéraux de l'EHPAD, et du coup, bah, quand il y a besoin... Mais j'avoue que ça fait hyper longtemps que y a plus eu de message sur le groupe. »

En termes d'organisation des séances sur place, l'EHPAD comporte une salle de kinésithérapie, ce qui était perçu très positivement par la globalité des kinésithérapeutes. Cependant, le lieu choisi pour une séance dépendait aussi du type de traitement nécessaire :

Isabelle : « J'aimais bien aller travailler dans cette salle de [rééducation] parce qu'il y avait des barres parallèles, y avait un petit peu de petit matériel. Donc en gros, quand c'était possible hein, avec certains patients, quand c'était possible, j'allais les chercher en chambre ou là où ils étaient parce qu'ils pouvaient être aussi à des animations à d'autres endroits, puis je les emmenais dans la salle kiné pour pouvoir travailler sur des exercices, la marche ou en assis... Je préférerais travailler dans cette salle. Après, j'ai suivi une patiente en fin de vie qui était en hospitalisation à domicile à l'EHPAD, et du coup, là forcément, les séances pouvaient se faire qu'en chambre. Et si les séances ne pouvaient pas se faire dans la salle de kiné parce qu'elle était déjà prise, par exemple par la [psychomotricienne] ou par d'autres kinés et qu'il y avait plus de place, eh ben en général je faisais dans le couloir ou je m'arrangeais... J'essayais de sortir de la chambre. »

La fréquence et la durée des visites des kinésithérapeutes étaient très variables. La plupart a expliqué préférer passer en fin de matinée ou l'après-midi, afin de ne pas interférer avec les soins matinaux ni avec les repas. La notion de temps est revenue fréquemment, avec de nombreux extraits évoquant un rythme soutenu sur place et une disponibilité souvent limitée en pratique :

Isabelle : « *Je pense que les kinés libéraux... Oui, soit il faut qu'ils soient comme moi, pas loin, pour pouvoir faire des séances conséquentes, c'est à dire une séance de qualité tant au niveau volume horaire qu'au niveau prise en charge, soit il faut qu'ils fassent en effet comme la plupart des kinés, qu'ils se bloquent un créneau pour que un volume horaire acceptable pour chaque patient. Normalement une séance en libéral c'est trente minutes de prise en charge avec le temps de déplacement compris, normalement. Voilà, pour que ce soit un minimum vingt-vingt-cinq minutes de séance avec le patient, faut pas perdre trop de temps dans le déplacement.* »

Si le temps hebdomadaire consacré à l'EHPAD dépendait du nombre de patients et patientes à voir, il était surtout déterminé par l'engagement que chaque kinésithérapeute était disposé à y accorder. Beaucoup appréciaient d'y passer quelques heures par semaine, tout en souhaitant prioriser leur activité en cabinet :

Amandine : « *Et après, honnêtement, en libéral, on était tellement blindés dans notre cabinet que... (...) On pourrait pas se permettre de détacher plus de temps pour des patients en maison de retraite. Pour l'instant, il y a trop de monde qui nous attend au cabinet, quoi.* »

Malgré tout, les kinésithérapeutes semblaient apprécier d'allouer quelques heures de leur semaine à l'EHPAD, appréciant pour la plupart le travail en collaboration avec les équipes :

Nicolas : « *Je suis pas salarié, quoi. Et cependant j'ai quand même l'impression de bosser aussi avec une équipe quoi, d'échanger aussi avec le médecin, avec les soignants quels que soient les soignants, quoi. De partager aussi, c'est sympa aussi avoir un échange, un autre fonctionnement que ce qu'on peut avoir en prise en charge en cabinet, quoi. C'est intéressant. (...) Des fois il y a des EHPAD où on sent qu'on est un libéral extérieur, comme si on était là juste pour ramasser un chèque et on est mal perçu des fois, c'est arrivé. La profession traîne aussi quelques casseroles là-dessus, et là-bas on sent pas cette ambiance-là. Moi, j'ai pas l'impression.* »

En ce qui concerne ces relations avec les équipes salariées de l'EHPAD, s'il n'a pas été question de participer aux réunions interdisciplinaires, la grande majorité des kinésithérapeutes a rapporté préférer les échanges verbaux directs en cas de besoin, plutôt que les transmissions écrites. Ce mode de fonctionnement leur permet de s'assurer que leurs observations aient bien été reçues et d'obtenir rapidement une réponse :

Aline : « *Je participe pas à des staffs, ils m'ont pas proposé. Il y a parfois des réunions concernant les chutes, des choses comme ça, auxquelles les kinés libéraux sont conviés. Après, sinon, on a accès à un logiciel métier de l'EHPAD, donc il y a effectivement toutes*

les transmissions, même médicales, dans le logiciel. (...) C'est pas forcément un logiciel sur lequel je vais passer beaucoup de temps, parce qu'il est... Ça prend du temps, à aller chercher, à aller glaner les infos dedans. Les logiciels métiers dans la santé, ils sont pas très... (rire) pas très pratiques. Mais globalement, je suis plutôt quelqu'un qui va aller demander l'info aux personnes qui vont être capable de me la donner. Je préfère, plutôt que de passer par un logiciel. Après, si moi j'ai une transmission à faire, soit je vais voir la personne concernée, soit je mets dans le logiciel si je trouve pas la personne qui saura en faire bon usage, de mon information. »

Un élément favorisant grandement les échanges entre les kinésithérapeutes et les équipes salariées, mentionné par quatre des six personnes interrogées, était la nomination d'une aide-soignante en tant que lien référent avec les prestataires externes à l'établissement :

Aline : « Je crois que [Chloé] était aide-soignante à la base, et maintenant elle s'occupe des relations entre l'EHPAD et les médecins libéraux, les rendez-vous d'hôpitaux, les kinés libéraux, les orthophonistes, et cetera. Elle s'occupe de cette relation-là, de réclamer des ordonnances aux médecins quand l'ordonnance est trop ancienne, que tout soit à jour, que tout soit carré, qu'il y ait un meilleur suivi entre l'EHPAD et l'extérieur. (...) C'est hyper facile de la croiser, pour le coup. Elle est vraiment souvent là, et très disponible, et moi je la croise à chaque fois que j'y vais. (...) Je pense que c'est personne dépendant quand même hein, ce genre de choses, et [Chloé], elle prend son rôle à cœur et elle le fait bien, et donc, du coup, bah forcément, ça marche bien. Quelqu'un qui prendrait pas son rôle à cœur, ce serait pas pareil. »

Enfin, il a été question de la collaboration directe avec les équipes salariées de l'EHPAD. La moitié des kinésithérapeutes ont décrit avoir la possibilité de collaborer concrètement avec les équipes autour d'un projet de revalidation :

Sophie : « Bah là par exemple, l'ergothérapeute, je l'ai contactée parce qu'il y avait une patiente, son mari voulait travailler le transfert voiture. Donc on a dit qu'on le ferait à deux, donc on s'est organisées. »

À l'inverse, plusieurs extraits décrivent une difficulté de coordination avec les équipes, notamment en ce qui concerne le mode de déplacement des personnes au quotidien :

Amandine : « Enfin clairement, il y en a qui savent marcher, qui sont quand même au fauteuil roulant en train de manger. On se dit "[Mince], c'est [bête]". Nous on passe trois fois semaine pour essayer de lever, et une fois qu'ils arrivent à avoir un peu d'autonomie, ben on les fout dans leur fauteuil roulant. Mais je comprends, c'est plus rapide, ils sont à l'autre

bout du couloir, faut tout traverser, faut aller vite et elles ont pas beaucoup le temps, les personnes qui bossent là, elles peuvent pas prendre beaucoup de temps, quoi. (...) Mais je pense que c'est réussir à prendre le temps, à bien communiquer avec les personnes, et pourquoi pas travailler un peu plus avec même les aides-soignantes pour la toilette ou autre. Je pense qu'il y a des personnes qui devraient réussir à plus combiner les séances de kiné par exemple pendant une toilette, pour être beaucoup plus efficace. »

Pour la majorité des kinésithérapeutes, la possibilité de collaborer avec les équipes dépendait avant tout du temps passé sur place, plutôt que de leur statut libéral pur :

Sophie : Au final, je suis libérale donc j'interviens que ponctuellement, du coup j'ai pas le temps de faire connaissance avec les équipes, et les équipes elles ont... Comme ça tourne, en plus, je connais pas tout le monde, et puis ils peuvent pas connaître tous les libéraux qui viennent, qui rentrent dans la structure. (...) Là où ça influence c'est ce côté, on va pas aller chercher l'info. Eux, ils vont pas faire l'effort, parce que ils me connaissent pas, ils savent pas qui je suis, ils savent pas comment je fonctionne. (...) Effectivement, c'est pas le statut de libérale, c'est juste le fait que je sois pas dans la structure au quotidien, quoi. »

En résumé, la notion de temps apparaît comme un élément central dans l'organisation professionnelle des kinésithérapeutes. Ce temps, souvent perçu comme insuffisant, semble affecter plusieurs dimensions de leurs prises en charge. Toutefois, bien qu'ils et elles privilégient leur activité en cabinet et préfèrent intervenir en EHPAD de manière ponctuelle, un certain nombre de kinésithérapeutes semble exprimer un certain attachement au temps passé dans cet environnement. Ce qui paraît particulièrement valorisé, car différent de leur pratique en cabinet, c'est la possibilité de travailler en équipe. Ce constat semble quelque peu contradictoire avec la littérature existante, qui souligne l'importance que les kinésithérapeutes accordent à leur indépendance. Il apporte néanmoins un premier élément de réponse aux deux objectifs de recherche, dont les résultats sont exposés ci-dessous.

Perception de la culture de soin Montessori par les kinésithérapeutes sous statut libéral

Dans cette section, nous commencerons par évaluer dans quelle mesure les kinésithérapeutes perçoivent ou non la culture de soin Montessori de l'EHPAD dans lequel ils et elles interviennent. Nous analyserons ensuite les facteurs influençant cette perception, en les abordant à travers la manière dont les kinésithérapeutes perçoivent l'intégration de chacun des six grands principes Montessori dans le fonctionnement de l'EHPAD.

L'ensemble des thèmes constituant ces résultats ainsi que leurs interactions sont synthétisés en fin de section (Illustration 1).

À la question portant sur les valeurs de l'EHPAD, seulement deux des six kinésithérapeutes ayant participé à l'étude ont mentionné spontanément la philosophie Montessori adaptée à la personne âgée. Un seul avait conscience que celle-ci était appliquée au quotidien au sein de l'EHPAD, et l'a décrite comme très clairement perceptible au sein de l'établissement :

Thomas : « Bon, voilà, comme dans tout établissement, ils te donnent les clés, enfin, les projets d'établissement, ce qu'ils y font, et cetera, et cetera. Et clairement, quand tu parles avec la directrice ou la coordinatrice, et cetera, c'est quelque chose qui revient tout le temps, tout le temps. Tu t'inscris vraiment dans le projet Montessori, ils savent que c'est quelque chose qu'ils martèlent. (...) Ils parlent de ça tout le temps, c'est vraiment inclus dans la description de l'EHPAD. (...) On peut pas le louper (rire), on peut pas le louper. Passes là-bas, tu le sais ! Si tu bosses là, tu le sais. »

Pour ce kinésithérapeute, la philosophie Montessori était très clairement associée au maintien de l'autonomie comme objectif principal :

Thomas : « Alors, en fait, si tu veux, l'EHPAD s'inscrit dans une logique de faire soi-même. (...) Enfin, ils doivent se débrouiller, ou en tout cas, au maximum. Et donc, ils vont aider vraiment qu'à la dernière minute, qu'en cas de réel besoin. (...) Pour garder l'autonomie c'est quand même pas mal. »

L'autre kinésithérapeute ayant mentionné spontanément la philosophie Montessori l'a décrite plutôt comme un projet d'établissement loin d'être atteint, ne percevant que peu son application au quotidien :

Aline : « Je pense encore une fois que c'était le projet de base. Est-ce qu'ils en sont toujours là ? Je suis pas forcément sûre (...) Je pense que ils ont voulu un temps appliquer les principes Montessori et ils ont essayé de faire certaines choses... Maintenant, il y a encore, euh... Enfin, ils sont à 5 % de leurs capacités. Il y a l'idée qui est là, l'envie, mais, euh... »

Les quatre autres kinésithérapeutes ont déclaré ne jamais avoir entendu parler de la philosophie Montessori dans le contexte de l'EHPAD. Ont été mentionnés comme causes probables le peu de temps passé et la faible ancienneté au sein de l'établissement, le manque de formation spécifique à l'accompagnement des personnes âgées et l'insuffisante communication autour du projet d'établissement :

Isabelle : « Alors, est-ce que c'est parce que nous on est des kinés libéraux, qu'on n'est pas mis au courant de ça ? Peut-être que moi j'intervenais pas assez pour être mise au courant de ça. (...) Mais oui, il y a un manque de communication en tout cas, parce que cette notion de choix, nous on en est... Déjà, on le sait pas, et en plus, on n'est pas vraiment formés pour, je trouve. (...) Oui oui, si je voulais plus m'investir dans l'EHPAD, oui, il faudrait une formation supplémentaire. Et encore plus si y a vraiment cette velléité de faire du Montessori, que je n'ai pas ressentie, qu'on m'a pas transmise (rire). »

Cependant, une fois les principes Montessori présentés aux kinésithérapeutes, plusieurs ont estimé que ceux-ci semblaient finalement assez naturels à mettre en œuvre sans pour autant y voir quelque approche particulière, autre que le « bon sens », l'« empathie » ou encore la « bienveillance » :

Amandine : « Bah t'as l'impression que c'est vite des principes de bienveillance, en fait. Et c'est ça, je savais pas que ça rentrait dans le Montessori, mais t'as envie de dire, juste être à l'écoute de la personne et être bienveillant et de la prendre... Oui, c'est ça, enfin... Je pensais pas que ça s'appelait Montessori quoi, juste un peu plus de prendre de temps et de bienveillance et laisser l'autonomie et laisser la personne faire, quoi. Et pas toujours faire pour elle. »

Ce rapprochement fait par les kinésithérapeutes entre les principes Montessori et le « bon sens » mérite une attention particulière, car elle révèle la manière dont ils et elles interprètent et s'approprient la culture de soin de l'EHPAD. Ce point sera développé plus loin, lorsque nous poserons la question de l'acculturation des kinésithérapeutes à la philosophie Montessori.

À ce stade, l'on peut déjà noter une grande disparité dans les perceptions des kinésithérapeutes, qui peut notamment être expliquée par leurs différences d'ancienneté et de temps passé au sein de l'EHPAD. Pour rappel, le premier objectif de la présente étude n'est pas de faire un état des lieux des bonnes pratiques appliquées ou non par les kinésithérapeutes ou l'EHPAD, mais bien d'analyser les facteurs influençant la perception qu'ont les kinésithérapeutes sous statut libéral de ces pratiques. Ces facteurs, examinés à travers chacun des dix grands principes Montessori, sont détaillés dans les pages qui suivent. Ils sont synthétisés en fin de section (Illustration 1).

Changer de regard sur la personne

Hormis quelques exceptions, le regard porté sur la personne âgée par le personnel salarié de l'EHPAD a été décrit par les kinésithérapeutes comme respectueux, bienveillant

et empathique. Cette perception était basée sur l'observation des attitudes de la part du personnel vis-à-vis des habitants et habitantes :

Sophie : *« Le regard que le personnel a sur les résidents me paraît très respectueux. Ils prennent vraiment... Comment dire ? On sent qu'ils les connaissent, on sent qu'ils savent ce qu'ils aiment, ils savent ce qu'ils n'aiment pas, ils les prennent vraiment pour des personnes à part entière et pas juste pour des petits vieux qui sont malades et impotents, quoi. Donc, moi c'est l'impression qui ressort. Ouais, je sens de la bienveillance, vraiment. Beaucoup de bienveillance sur eux. (...) Quand je les observe, bah, je vois que ils les snobent pas, ils passent pas à côté d'eux [en faisant semblant de ne pas les entendre]. Ils prennent le temps de discuter avec eux ou d'aller répondre à leurs demandes. Ouais, non, ils leur parlent, euh... Pas comme si c'était un membre de leur famille, mais... Ils les prennent pas pour des étrangers et vraiment, avec un regard dégradant, quoi. »*

Cette bienveillance était également décrite en parlant du langage utilisé entre membres du personnel :

Amandine : *« Bah déjà, dans cet EHPAD-là, tout le monde est appelé par leur nom, voire leur prénom des fois. Mais y a ce côté quand même très proche. Bah c'est ça, c'est pas des numéros de chambre, donc ça c'est chouette. C'est toujours "Madame Machin" ou des prénoms. Beaucoup de prénoms, aussi. Donc ouais, ça, je trouve ça bien. »*

Un autre facteur influençant cette perception du regard porté sur la personne chez l'une des kinésithérapeutes était le vécu verbalisé par l'une de ses patientes :

Isabelle : *« Ou alors j'ai pas eu assez de patients valides, c'est possible aussi, hein. J'en ai eu une, mais elle restait beaucoup dans sa chambre. Elle râlait beaucoup (rire), parce que voilà, elle aimait pas ce côté, justement, infantilisant. Donc du coup, ça l'isolait. (...) Je pense qu'elle a dû le dire une ou deux fois "On nous prend pour des gosses".*

Lier comportements et besoins humains fondamentaux

Ce principe a semblé être le moins évident à comprendre par les kinésithérapeutes, dont plusieurs ont admis spontanément manquer de formation au sujet des comportements réactionnels dans le cadre des TNC majeurs. Cela a fortement impacté leur perception de l'intégration de ce principe au sein de l'EHPAD. Une fois une explication plus détaillée fournie, quelques exemples concrets de sa mise en œuvre ont été décrits par les kinésithérapeutes, notamment sur la base de l'observation des attitudes du personnel soignant vis-à-vis des comportements réactionnels :

Amandine : « Je pense à une dame, elle passe dans toutes les chambres en fait, je pense qu'elle est assez paumée. Et ils la remettent à chaque fois gentiment "Ah mais reviens, c'est pas là ta chambre, c'est là". Donc pour ça, ça a l'air d'être bien géré. Après, moi je sais pas, je vois d'un œil extérieur. Mais ça a l'air d'être assez bien géré, ouais. »

Les transmissions orales entre kinésithérapeutes et personnel salarié permettaient également aux kinésithérapeutes de se rendre compte de la mise en œuvre de ce principe :

Sophie : « Ou des fois il y a des changements de comportement, ils me disent "Oui mais en fait, c'est parce que ça fait un moment qu'il a une infection urinaire, qu'il arrive plus à aller uriner et que il y a ça", et c'est des notions que je n'ai pas, parce que, ben, j'ai pas beaucoup de contacts avec l'équipe, infirmiers, infirmières, et que ça, c'est un peu plus compliqué. Mais par contre les auxiliaires ou les aides-soignantes arrivent à me le dire. Donc je dis "Ah, bah, OK, donc c'est pour ça qu'il va moins bien, c'est pour ça qu'il tient moins debout" et ainsi de suite. Donc ça explique, eux ont fait le lien entre leur comportement, et effectivement, les besoins fondamentaux qui ont pas été assouvis ou quoi que ce soit. »

Enfin, les échanges collectifs entre membres du personnel ont également permis, dans certains cas, de mieux comprendre la manière dont les comportements réactionnels étaient perçus :

Nicolas : « Et ce matin, j'observais aussi des échanges entre soignants, médecin, comment faire pour laisser la possibilité de vivre son désir à ce monsieur mais sans pour autant perturber la collectivité. (...) Mais on est là-dedans quoi, on n'est pas dans le jugement "T'as vu, t'as fait ça, c'est pas bien, faut pas le faire là". Non, c'est un monsieur qui dans le cadre de sa pathologie ne se rend plus trop compte de ce qu'il fait, mais pour autant il a quand même ces envies qu'il faut pas enterrer parce que si on les inhibe trop ça va pas non plus être une solution, donc changer de regard, c'est l'accompagner pour vivre cette envie qu'il a mais tout en respectant les règles, sans lui interdire. Enfin voilà, ils avaient un échange là-dessus et c'est assez représentatif de l'accompagnement en changeant de regard sur le premier geste qui pourrait être réfractaire pour tout le monde, se dire "Tiens, qu'est-ce qu'il a fait là ? C'est pas bien, on va le punir dans sa chambre et on va plus le voir", non, c'était dans l'échange. On essaye de trouver une solution, quoi. »

Renforcer choix et sentiment de contrôle

Encore une fois, les kinésithérapeutes avaient des perceptions assez variées quant à l'intégration de ce principe, la notion de choix pouvant être appliquée de manière plus ou moins large dans le quotidien en EHPAD. Plusieurs extraits montrent que l'observation des

attitudes du personnel au moment des repas était une façon de percevoir dans quelle mesure ce principe était intégré :

Thomas : « *Ça, c'est aussi valable pour les repas, tu manges ce que tu veux, t'as le choix entre plusieurs choses. "Est-ce que tu veux ou tu veux pas", ça aussi, ça je l'ai vu, "Est-ce que tu en veux ? Tu en veux pas ?". C'est important de le demander quoi, c'est pas tout de suite "Bah si mange, c'est important, mange" et cetera, quoi. »*

La notion de choix a aussi été décrite concernant la proposition d'activités :

Sophie : « *Quand un résident dit non, ils vont pas pousser, ils vont pas forcer. On propose quelque chose, ils disent non, eh ben, c'est tout, le résident il a dit non, on va pas jouer le rôle du papa ou de la maman et lui imposer. Il a dit non, il a dit non. On va juste essayer de lui proposer autre chose, de manière différente pour voir s'il accepterait, quoi, un peu comme s'il y avait de la négociation, le but étant de l'amener à ce qu'il soit le mieux possible. »*

Hormis les attitudes du personnel, d'autres facteurs pouvaient influencer cette perception, parmi lesquels l'observation de l'environnement :

Aline : « *Bah, la porte est fermée ! La porte, euh... qui mène à l'extérieur, elle est fermée. Y a un code. (...) Après, c'est pour, euh... la sécurité des patients, mais, euh... c'est un manque de contrôle sur sa propre vie de ne pas pouvoir sortir quand on le souhaite. »*

Aussi l'observation des comportements spontanés des habitants et habitantes conditionnaient cette perception :

Isabelle : « *J'ai jamais vu un patient aller se servir dans le frigo ou aller se servir sa grenadine ou je prends un verre d'eau. À chaque fois, il faut demander à quelqu'un. (...) Normalement, ils sont chez eux. Ils doivent pouvoir se servir dans le frigo si ils ont envie d'une grenadine ou d'un petit bout de gâteau supplémentaire, j'en sais rien. »*

Plusieurs kinésithérapeutes ont admis qu'une donnée manquante dans leur perception de ce principe était le déroulé des toilettes, puisque leur fonction et leur disponibilité ne leur permet pas d'y assister :

Amandine : « *J'arrive pas aux moments... Je sais pas comment se passe la toilette, je sais pas tout ça. Donc non, ça, j'en ai aucune idée. »*

Favoriser l'engagement dans des activités porteuses de sens

Le degré d'application de ce principe au sein de l'EHPAD était principalement perçu par les kinésithérapeutes sur la base de l'observation des comportements des habitants et habitantes, notamment lors des repas :

Thomas : « *Je prenais l'exemple tout à l'heure de la personne qui met la table ou autre... Qui aide, tu sais les soignantes à servir aussi. C'est souvent les mêmes. En fait, les autres s'identifient à lui, savent que lui il va faire, tu vois. Donc du coup, à force, ils demandent à lui, ils demandent même plus aux soignants. (...)* » ; Investigatrice : « *Oui, donc ça rejoint un peu l'idée de donner des rôles ?* » ; Thomas : « *Ouais, des rôles, mais des rôles qui se font naturellement je pense, tu vois ? Je dis pas "Ah, bah, toi tu vas ramener l'eau, toi tu vas faire ça...", non, ça se fait de manière naturelle. Et je pense que c'est la technique qui veut ça, je pense. C'est la méthode, ça.* »

La notion de sorties, bien que perçue très différemment par les kinésithérapeutes, était également un critère important pour juger de l'application de ce principe :

Thomas : « *Je sais qu'ils sont complètement libres de sortir de l'EHPAD et de pouvoir rentrer. Ça, c'est important aussi, parce que une activité porteuse de sens qui peut être aussi liée à ton activité d'avant, bah c'est juste se balader dans le quartier, par exemple. Ou aller acheter un coca, ou... Donc effectivement c'est un peu contrôlé, hein, parce qu'il y en a qui ont un peu des démences et qui seraient capables de se perdre. Mais ça, je trouve ça intéressant aussi. Y a des EHPAD où tu as pas le droit de sortir, quoi.* »

Le programme d'activités proposé par le personnel d'animation influençait également cette perception :

Amandine : « *Voilà tu vois, c'est con mais le tour de France, bah ça y est, ils lancent les vélos, les machins. Enfin, ils essaient d'avoir des thèmes qui suivent la chronologie de l'année et ça, je trouve ça chouette. Après, moi, je vois en termes physiques et voilà et d'avancer pour eux quoi, mais je trouve que les thèmes, enfin c'est pas activité puzzle tous les jours, quoi (rire).* »

Agir en facilitateur

Nous ne détaillerons pas ici les douze principes Montessori dans la mesure où la perceptibilité du regard porté sur la personne, de la notion de choix, et des activités porteuses de sens a déjà été décrite plus haut, et que celle de l'adaptation de l'environnement est décrite plus loin.

Une autre notion importante dans la posture du personnel vis-à-vis des habitants et habitantes est l'adaptation du rythme, le fait de ralentir et de prendre le temps. Trois des six kinésithérapeutes ayant participé à l'étude ont rapporté avoir l'impression d'un manque assez flagrant d'effectifs. Leur perception était que le personnel semblait ne pas toujours

avoir le temps de réellement encourager l'autonomie de la personne. Cela s'observait principalement au moment des toilettes et des déplacements :

Aline : *« Je pense que ces principes ne sont pas appliqués. Parce que pour appliquer des principes comme ça, il faut avoir le temps de prendre le temps, et les soignants prennent pas forcément du temps de qualité avec chaque personne. Ils sont speed, et donc non, je pense que c'est pas appliqué de manière générale. »*

Cependant, l'intégralité des kinésithérapeutes ayant participé à l'étude a mentionné spontanément le PASA, Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, comme un espace très favorable à la stimulation de l'autonomie des personnes. Le PASA a été décrit comme un endroit particulièrement chaleureux et convivial au sein de l'EHPAD, où une attention était portée à l'effectif et où le personnel avait donc plus le temps d'encourager l'autonomie des personnes à travers des activités porteuses de sens :

Thomas : *« Et du coup, l'idée du PASA, c'est effectivement, tu gardes une vie comme à la maison, un peu. Donc en fait, c'est... Ouais, t'as une cuisine, une salle à manger, une salle de vie, et cetera, et une télé avec un salon... Et ils sont en petit comité c'est à dire qu'ils sont une dizaine avec deux aides-soignantes, et ils font des gâteaux, ils font des activités, le matin, ils lisent le journal, tu vois ? Et chez ces patients-là, de toute façon, la méthode Montessori, elle est appliquée en permanence. Est appliquée en permanence parce que c'est eux qui mettent la table, c'est eux qui font tout, tu vois ? Y a vraiment pas mal de choses. Voilà, même les activités du PASA sont complètement orientées Montessori. »*

Adapter l'environnement

Pour finir, l'adaptation de l'environnement était l'un des principes les plus faciles à percevoir par les kinésithérapeutes, notamment grâce aux affichages, signalétiques et décorations, faciles à observer :

Aline : *« Alors, "Utilisation des signalétiques", ça, ils essayent et c'est chouette. Encore une fois, ça dépend des gens, mais par exemple, pour un de mes patients, il avait des troubles cognitifs qui se sont extrêmement aggravés depuis qu'il a investi l'établissement. (...) Et donc pour l'aider à avoir des repères, ils ont mis des petits dessins sur la porte, ils ont changé sa photo pour mettre une photo qui plaisait à lui, des choses comme ça. »*

L'architecture de l'établissement a également été mentionné par l'un des kinésithérapeutes, l'ayant décrite comme soutenant la création de lien sociaux :

Thomas : *« Tu t'adaptes aux handicaps que tu peux avoir au sein de l'EHPAD. Faut savoir aussi que pour les sourds, du coup, tout est vitré. C'est à dire que le patient sourd du*

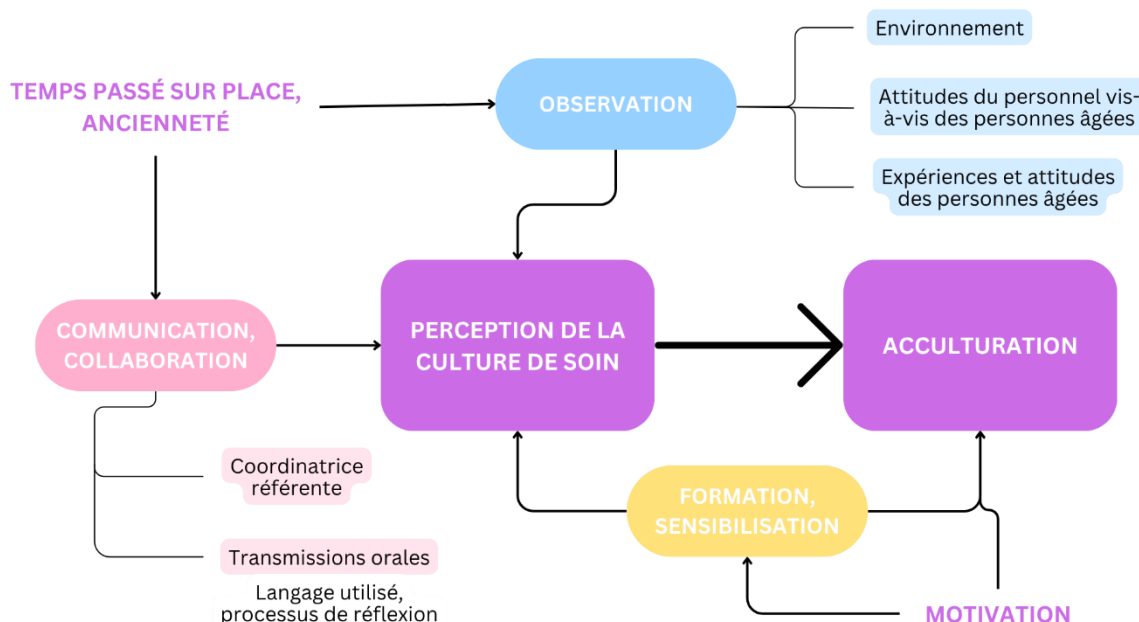
deuxième peut parler avec le patient sourd du premier, parce que, en fait si tu veux, il y a même les rambardes, en fait, tout est vitré. Donc t'as vraiment une clarté globale pour pouvoir communiquer au mieux au loin avec tes mains, en fait, tu vois ? »

Cependant, une fois encore, les perceptions de l'environnement différaient sensiblement entre les kinésithérapeutes, l'une d'elles estimant au contraire que l'aménagement des lieux ne favorisait pas la convivialité :

Isabelle : « En tout cas moi, j'avoue personnellement, si c'était ma famille, je n'aurais pas du tout envie de les mettre dans un EHPAD aussi cloisonné. Je trouve que ça manque de chaleur. »

En conclusion, les kinésithérapeutes ayant participé à l'étude associent surtout la philosophie Montessori à une posture bienveillante vis-à-vis des personnes, plus qu'à une réelle mise en avant de l'autonomie. Le principe « Changer de regard sur la personne » est celui qui revient le plus spontanément, souvent décrit comme du bon sens ou de l'empathie. En revanche, la question de l'autonomie reste plus controversée, et semble perçue comme une intention parfois difficile à concrétiser dans l'organisation quotidienne de l'EHPAD.

Illustration 1– Facteurs influençant la perception de la culture de soin de l'EHPAD et l'acculturation des kinésithérapeutes y exerçant sous statut libéral



Certains facteurs propres aux kinésithérapeutes, tels que le temps passé sur place, l'ancienneté et la motivation à faire évoluer leurs pratiques, influencent les stratégies adoptées pour s'imprégner de la culture de soin (Observation, Communication, collaboration et Formation, sensibilisation), favorisant ainsi en partie l'acculturation. Ces stratégies, ainsi que les éléments concrets qui les permettent, sont représentés ci-dessus (Illustration1).

Acculturation des kinésithérapeutes sous statut libéral à la philosophie Montessori

Maintenant que nous avons identifié les facteurs influençant la perception qu'ont les kinésithérapeutes de la culture de soin de l'EHPAD, nous pouvons analyser la façon dont cette perception donne lieu ou non à une acculturation.

Seul le kinésithérapeute ayant conscientisé cette culture de soin Montessori au sein de l'EHPAD a déclaré s'y intégrer assez naturellement, et estimé que cette culture de soin influençait directement sa pratique, notamment dans le choix des horaires de passage :

Thomas : « *Je pense que oui, parce que tu t'inclus dans le projet, quoi. Tu vois, tu t'inclus dans le projet, où tu vas respecter certains horaires, tu vois ? Tu vas éviter de débarquer en pleine activité à 16h, tu vois, t'adaptes. (...) Plus je peux venir le matin à 10h, mieux c'est, parce que je sais qu'après, ils ont des activités, ils ont des trucs, voilà, on s'adapte aussi à ça, nous, tu vois ? Donc oui, dans la pratique de la kiné, je pense que on s'adapte naturellement au lieu. »*

Toutefois, cette adaptation des horaires de passage ne constitue pas nécessairement un signe d'acculturation ; elle peut aussi relever d'un simple respect des contraintes organisationnelles de l'établissement, ou encore d'un choix motivé par l'intérêt personnel des kinésithérapeutes.

Plusieurs autres exemples concrets de l'influence de la culture de soin Montessori de l'EHPAD sur la pratique de ce kinésithérapeute ont été mentionnés, jusqu'au choix de certains objectifs de rééducation. Dans un extrait, il était notamment question de l'autonomisation d'une habitante en ce qui concernait sa mobilisation active au lit :

Thomas : « *Et petit à petit, élastique, machin, vélo sur le lit, bam, bam, bam... Elle demandait aux soignant de l'installer, et puis c'était parti. Puis moi j'avais prévenu les soignants, forcément, je leur ai dit "Je lui mets le matos, dès qu'elle demande, vous lui installez". (...) Là, tu t'adaptes encore une fois, tu dis ouais, t'es dans un EHPAD Montessori donc du coup ils sont capables de mettre en place un petit bip, y a une aide-soignante qui vient, on met le vélo à bras, ça prend deux minutes, tu le mets au bout du lit, boom, c'est parti pendant cinq minutes, elle a fini, elle rappelle, ça s'enlève et comme t'es inclus dans un EHPAD Montessori, tu sais que tu peux le demander. »*

Dans cet extrait, c'est bien le fait d'intervenir au sein d'un EHPAD intégrant les principes Montessori qui a permis à ce kinésithérapeute d'entamer un travail d'autonomisation de cette habitante, en collaboration avec les équipes salariées.

De façon logique, les kinésithérapeutes n'ayant pas identifié cette culture de soin Montessori n'ont pas déclaré avoir adapté leur pratique au lieu. :

Isabelle : « *Donc pour moi, au final ça fait pas beaucoup de différence. Au final, la prise en charge, pour moi elle est pas beaucoup différente ici, qu'ailleurs. Que dans un autre EHPAD.* »

Ceci-dit, comme en témoigne cet extrait, cela ne signifie pas automatiquement que les kinésithérapeutes n'adaptent pas leur pratique au contexte de l'EHPAD. En effet, il semblerait que les kinésithérapeutes ont naturellement tendance à se calquer sur le mode de fonctionnement de l'EHPAD pour planifier leurs interventions :

Nicolas : « *Après, j'essaie toujours de venir aux heures où je sais que les patients sont prêts, ont fini de déjeuner, pas en activité. Donc maintenant, comme je viens toujours aux mêmes heures, je sais que ça colle bien pour ne pas perturber aussi... Enfin, pour m'inscrire dans la dynamique organisation de l'EHPAD.* »

Encore une fois, cette adaptation des horaires de passage n'est pas nécessairement signe d'acculturation.

Il est intéressant de noter que malgré leur manque de formation, leurs scores Montessori individuels étaient en moyenne relativement hauts. De plus, de nombreux extraits décrivent une attention portée par les kinésithérapeutes à certains aspects de la philosophie Montessori, même s'ils n'étaient pas identifiés comme tel mais plutôt comme un « savoir-être » naturel :

Sophie : « *Changer le regard sur la personne, je pense que ça c'est un peu une de mes qualités, c'est que je prends la personne en entier et je me dis pas "Je vais faire marcher mon petit vieux", quoi. J'essaie de le connaître, je parle beaucoup avec mes patients, donc j'essaie d'en apprendre en tout cas beaucoup sur les patients, savoir ce qu'ils aiment, ce qu'ils aiment pas, pour essayer d'adapter ma prise en charge au plus possible à leurs à leurs goûts. Et puis essayer de comprendre comment ils en sont arrivés là, les écouter, ils ont toujours beaucoup d'histoires à raconter, donc ça c'est toujours intéressant.* »

De plus, la notion d'autonomie est revenue souvent, les kinésithérapeutes la considérant souvent comme objectif principal en kinésithérapie :

Nicolas : « *Mais d'un point de vue thérapeutique pur, j'ai pas l'impression d'avoir fait évoluer ma pratique par le fait d'être dans un établissement Montessori, quoi. (...) De toute façon, je suis pas formé Montessori donc déjà... Mais après, la vision d'autonomie, c'est*

quand même quelque chose qui me guide moi, dans toute ma pratique, que ce soit là ou ailleurs, quoi. »

Cependant, il convient de souligner que l'autonomie évoquée par les kinésithérapeutes renvoyait principalement à une autonomie fonctionnelle, presque exclusivement liée à la marche. Plus frappant encore, un extrait affirme explicitement que l'autonomie ne relevant pas de la marche ne ferait même pas partie du champ d'intervention des kinésithérapeutes :

Isabelle : « Un de nos grands objectifs, c'est d'avoir de l'autonomie, beaucoup dans la marche, dans toutes les activités du quotidien, ou dans les transferts, dans la toilette, dans les déplacements... Mais comme dans les EHPAD, il y a quand même moins d'autonomie, ça perd un petit peu de sens, je trouve. Après, sinon, c'est le rôle des [ergothérapeutes], quoi. Pour l'alimentation, la cuisine... »

Cette définition apparaît assez restreinte comparée à celle proposée par l'approche Montessori, qui intègre davantage les notions de choix et de contrôle.

Hormis le temps passé sur place et l'ancienneté au sein de l'EHPAD, la volonté propre, la motivation des kinésithérapeutes de s'investir réellement dans cette acculturation joue également un rôle déterminant (Illustration 1). Un extrait relie d'ailleurs directement cette motivation au statut libéral :

Isabelle : « Tu vois, apparemment, t'as pas eu beaucoup de kinés qui interviennent à l'EHPAD qui ont déjà accepté l'entretien. Alors pour que les kinés qui interviennent là-bas acceptent d'adapter leurs séances (rire)... C'est peut-être plus simple ça, quand c'est un kiné, salarié. »

À ce stade, un paradoxe important peut être souligné dans la manière dont les kinésithérapeutes appréhendent la philosophie Montessori. Malgré le manque de formation des kinésithérapeutes, les scores reflétant leur intégration individuelle des principes Montessori peuvent être considérés comme relativement élevés. Plusieurs de ces principes, bien qu'ils ne soient pas identifiés comme tels, ont été perçus comme relevant du simple « bon sens ». Cela suggère que certains fondements de l'approche Montessori sont suffisamment généraux pour être spontanément mobilisés dans la pratique professionnelle, sans nécessairement être reconnus comme appartenant à une approche particulière. Ceci révèle une forme de réinterprétation subjective des concepts présentés, filtrés à travers un cadre déjà existant de représentations professionnelles.

Cependant, il est essentiel de souligner que la notion d'autonomie, pourtant centrale dans l'approche Montessori, apparaît largement restreinte dans la manière dont elle est définie par les kinésithérapeutes. Cela témoigne d'une certaine mécompréhension de la philosophie Montessori et souligne la nécessité d'examiner plus en détail le sens que les kinésithérapeutes attribuent à chacun de ses principes. Ce sens attribué à chacun des grands principes Montessori dans le contexte de la kinésithérapie, ainsi que la manière dont les kinésithérapeutes les intègrent ou non dans leur pratique, est détaillé ci-dessous.

Changer de regard sur la personne

En ce qui concerne ce principe, il a été constaté que les kinésithérapeutes ayant participé à l'étude ont tendance à porter un regard principalement axé sur l'autonomie fonctionnelle de la personne ainsi que les pathologies à traiter :

Amandine : « Mais moi, mon regard est très ciblé sur l'autonomie, sur la déambulation, sur tout ça. Moins du global, quoi. Donc ça, c'est vrai que peut-être qu'on pourrait, nous, adapter et voir la personne moins en termes de patient kiné, quoi. Mais ça, faudrait peut-être un peu plus de temps ? Mais c'est ça, pas juste arriver, et "Bon allez, c'est parti", machin. »

Ceci-dit, trois des six kinésithérapeutes ont expliqué estimer important de considérer la personne âgée comme une personne à part entière, avec une histoire, une personnalité, et des capacités souvent négligées dans le cadre de la kinésithérapie :

Isabelle : « Bah oui, moi je pense que c'est vrai qu'il faut pas juste voir la personne âgée comme une personne fragile, une personne qui risque de se casser ou de mourir à tout moment. On a quand même un but de rééducation, donc de mobiliser, de donner du mouvement, de soigner par le mouvement, donc de pas avoir peur de lui faire faire des choses et voilà, c'est ça. C'est plus ça. Moi je l'applique à la personne âgée en général. »

En ce sens, l'importance de bilancer régulièrement les capacités préservées a été mentionnée par deux kinésithérapeutes :

Isabelle : « Et c'est vrai qu'on n'a pas toujours conscience du degré d'autonomie du patient. Faudrait qu'il y ait plus de lien. Genre je sais pas moi, une petite fiche bilan. Quand on était enfant, c'était des images, on savait se brosser les dents tout seul ou pas, avec un une petite croix de rouge ou un petit truc... On savait mettre notre ceinture, faire nos lacets, des trucs comme ça. Bon là, il faudrait pas infantiliser quand même les patients, mais on pourrait très bien avoir une fiche en disant voilà, ce patient fait sa toilette seul tant de fois par semaine, il prend sa douche seul... Et que ce soit clair pour nous, de savoir quel est le degré

d'autonomie au quotidien. Est-ce qu'il va seul au repas à midi ? Est-ce qu'il est capable de sortir à l'extérieur seul ? Ça, ça pourrait être intéressant, d'avoir des fiches récapitulatives de la fonction en fait. »

Lier comportements et besoins humains fondamentaux

Dans un contexte où les kinésithérapeutes exerçant sous statut libéral n'interviennent que ponctuellement auprès des personnes âgées, les comportements réactionnels semblaient être jugés comme relevant moins de leurs responsabilités. Cependant, le refus de kinésithérapie, mentionné dans plusieurs extraits, était un comportement pouvant être jugé comme problématique auquel les kinésithérapeutes se confrontaient souvent. Pour y faire face, l'importance de comprendre les raisons de ce type de comportement a été mentionnée par l'un des kinésithérapeutes :

Nicolas : *« Prendre du recul sur le prisme démence aussi, des choses comme ça, ou garder du recul aussi des fois sur le côté des comportements qui peuvent sembler agressifs ou réfractaires, ça fait aussi partie de changer de regard, ne pas le prendre comme agression, quoi. Se rappeler la pathologie, des choses comme ça. Se remettre en question et essayer de comprendre, être patient... »*

Cependant, encore une fois, il était clair que les kinésithérapeutes manquaient de formation au sujet des comportements réactionnels des personnes avec TNC majeurs.

Renforcer choix et sentiment de contrôle

Pour ce qui est de la notion de choix laissés aux personnes âgées, trois dimensions principales ont été abordées : le choix des exercices effectués au cours d'une séance, le choix des objectifs de rééducation de façon plus large et, plus globalement, le choix même de faire de la kinésithérapie. La première semblait être la plus simple à envisager :

Sophie : *« J'ai jamais imposé quelque chose au patient. Je lui explique l'objectif de la séance, mais je lui dis, bah "On peut essayer de passer par ça", si le patient, il me dit non, bah je passe par autre chose... Des fois j'arrive, je dis "Bah, alors, on fait quoi aujourd'hui ? Qu'est-ce que vous avez envie de faire ?". Je propose entre ça et ça, et on essaie de trouver quelque chose. »*

Cependant, plusieurs extraits abordent la difficulté de laisser ce type de choix aux personnes étant donné que le rôle des kinésithérapeutes est d'atteindre des objectifs de rééducation définis :

Isabelle : « C'est sûr que plus le patient est partie prenante, mieux c'est, hein. Mais c'est vrai que je ne vois pas comment faire puisque je veux l'amener à faire telle ou telle chose. À part le laisser le choix de commencer par les exercices d'équilibre ou de faire du [renforcement] avant ou de faire de la marche après, dans l'ordre, je sais pas trop. (...) Peut-être que j'ai pas appris d'autres manières de faire, qui pourraient donner un sentiment plus de contrôle aux patients. Voilà. Enfin, j'ai l'impression d'avoir appris comme ça. Tu prépares tes exercices, t'essayes de les faire évoluer, et puis le patient doit les faire. »

L'on comprend ici que les kinésithérapeutes perçoivent les exercices avant tout comme relevant strictement de leur champ d'intervention, sans forcément chercher à les inscrire dans le cadre plus large de la vie quotidienne des personnes.

Concernant les objectifs de rééducation, la plupart des kinésithérapeutes ont expliqué être à l'origine de leur choix, en fonction notamment de la prescription médicale et des bilans effectués :

Amandine : « Sur la prescription, c'est toujours écrit "Remise à la marche", mais des fois ils te mettent une remise à la marche sur une personne que tu sais même pas lever, donc c'est plutôt en fonction du bilan qu'on fait de départ et ouais, clairement, c'est nous qui mettons l'objectif. D'autonomie le plus possible, mais après, des fois c'est juste de la mobilité pour que ce soit plus facile, à la toilette et aux transferts. »

Le sujet étant revenu le plus souvent concernant la notion de choix était celui même de faire de la kinésithérapie. Habituellement, ce sont bien les médecins qui sont à l'origine de la décision de la mise en route d'un traitement kinésithérapeutique et qui transmettent leur prescription directement aux kinésithérapeutes, parfois par l'intermédiaire de l'équipe soignante de l'EHPAD :

Isabelle : « À l'EHPAD, [les patients] ont une prescription que eux ne voient pas, j'imagine, puisqu'elle est dans la salle des soignants. Donc déjà c'est une perte de maîtrise, hein. C'est le médecin qui écrit la prescription, je ne sais même pas si le patient sait qu'il va avoir des séances de kiné. Bon j'imagine que si, quand même hein, le médecin va le mettre au courant... Et du coup c'est même pas le patient qui donne la prescription. Parfois, c'est le patient qui m'appelait, mais la plupart du temps, c'était l'EHPAD. »

De nombreux extraits témoignent de fréquents refus de la part des personnes âgées ainsi qu'une motivation jugée par les kinésithérapeutes comme faible :

Amandine : « Ouais, si les résidents avaient le choix, mais il y en a plus d'un qui me dirait d'aller me faire [voir] (rire) ! Donc ouais, je sais pas. Des fois on a le mauvais rôle, on a le

rôle qui fait mal, on a le rôle qui fait chier. Il y en a plein qui disent quand on dit "Allez, on va marcher", "Oh c'est bon, j'ai marché toute ma vie, laissez-moi tranquille", ou "Allez, on va faire de l'équilibre"... Enfin, si tous les résidents avaient le choix, il y en a pas beaucoup qui diraient oui à la kiné, quoi. »

Cependant, l'option de laisser le choix aux personnes de refuser les séances semblait assez controversée à cause des conséquences potentielles sur leur santé :

Amandine : « Bah je sais pas parce que derrière, ça implique aussi des difficultés de transfert, des difficultés... Enfin, s'il se lève plus, il marche plus, au niveau transit, au niveau veineux, au niveau cardio-vasculaire... Je pense que ce serait un peu néfaste aussi pour leur santé, quoi. Pas que pour leur motricité. »

En ce sens, l'importance d'expliquer aux personnes l'utilité de la kinésithérapie a été abordée :

Isabelle : « Est-ce qu'il faudrait que ce soit mieux expliqué ? Certainement. (...) Bah déjà par le médecin traitant puisque c'est lui qui est prescripteur, et ensuite par nous. Moi, quand il m'est arrivé d'avoir des patients un peu réfractaires, j'ai toujours essayé de faire un peu de pédagogie, et leur dire "Mais vous savez, ça va vous permettre... Voilà, d'entretenir la circulation des jambes, vous aurez moins d'escarres, et puis là du coup vous pourrez aller plus facilement aux activités", enfin d'essayer de leur faire comprendre que s'ils restent toute la journée dans leur fauteuil, bah ça va être un cercle vicieux. »

Pour les personnes les plus volontaires en ce qui concerne la kinésithérapie, la possibilité de l'autonomisation a été abordée, notamment dans le cadre d'exercices à réaliser en dehors des séances de kinésithérapie :

Isabelle : « Après, si, je leur donnais des exercices à refaire, dans l'autonomisation. Mais c'est comme ça que je procède aussi avec les personnes âgées à domicile. Souvent, je leur fais une petite liste, "Bon, vous faites ci, ça, ça au fauteuil, debout...", c'est du basique hein, des choses où ils se tiennent... Mais l'idée c'est que voilà, ils s'autonomisent dans la rééducation, qu'ils participent en en faisant un peu tous les jours. »

Cette notion a également été abordée concernant le fait de se rendre en autonomie à la salle de rééducation :

Amandine : « Alors après, dans un monde idéal, je me dis... Bah après, faut être salarié ou j'en sais rien, mais une salle de kiné ouverte où les patients peuvent y passer quand ils se sentent en forme, tu vois ? Ce serait top. Tu vois, une pseudo salle de sport avec un kiné qui est là et qui donne des exos quand le patient en est. »

Favoriser l'engagement dans des activités porteuses de sens

Nous avons déjà développé en quoi le choix des activités en séance de kinésithérapie était principalement conditionné par les objectifs de rééducation à atteindre. Plusieurs kinésithérapeutes ont ainsi expliqué qu'il n'était pas évident de proposer aux personnes des exercices qui aient un réel sens pour elles, d'autant plus lorsque les TNC majeurs compliquent la communication et la connaissance des goûts de la personne :

Nicolas : « *Nous en tant que kiné aussi, là-dessus... Enfin, à part aller voir les fleurs en bas, j'ai pas beaucoup de trucs pour essayer de capter leur intérêt. Des fois c'est un peu dur de leur donner du plaisir ou autre chose qu'être dans l'action pure, quoi.* »

Ceci-dit, dans les cas où c'était possible, cela favorisait effectivement l'engagement de la personne :

Nicolas : « *Moi y a des choses par exemple, enfin genre je parlais de la dame qui fait l'escalier, là, elle est bien contente aussi, le weekend, de prendre l'escalier avec sa fille. Elle était toute fière comme tout, c'était aussi une petite carotte au bout de l'activité, quoi. Elle était contente le weekend de montrer à sa fille qu'elle descendait l'escalier quoi, des choses comme ça.* »

Une kinésithérapeute a également abordé les bienfaits d'utiliser des exercices plus fonctionnels qu'analytiques, ce qui semblait plus efficace dans la rééducation de personnes présentant des TNC majeurs :

Sophie : « *Les activités porteuses de sens, c'est aussi de se dire, s'il faut juste déplacer un objet d'un endroit à un autre, il faut que ça ait du sens pour le patient, ça sera cognitivement plus parlant pour lui et ça s'imprimera un peu plus au niveau de la fonctionnalité du geste. Donc ça c'est déjà aussi quelque chose que je fais.* »

Agir en facilitateur

Nous avons déjà développé dans quelle mesure les kinésithérapeutes peuvent porter leur attention sur les notions du regard sur la personne, des activités porteuses de sens et du choix dans le contexte de la kinésithérapie. L'adaptation de l'environnement est développée plus loin.

D'autres principes qui semblaient assez naturellement mis en œuvre par les kinésithérapeutes étaient ceux concernant le fait de montrer les exercices plutôt que de les décrire verbalement, l'adaptation au rythme de la personne, la division d'exercices en sous-étapes et leur progression du plus simple au plus complexe. Un kinésithérapeute a précisé

que c'est bien le fait d'intervenir en EHPAD appliquant les principes Montessori qui l'incitait à être particulièrement attentif à ces principes :

Thomas : « *Oui, après, tout ce qui est adaptatif, forcément tu forces pas quelqu'un à faire ce qu'il a pas envie de faire. Tout ce qui est ludique, tout ce qui est au niveau de la mise en difficulté, et bah du coup, tu vas pas jusqu'au bout... Voilà, tu mets en confiance, tu essayes d'encourager, et cetera, donc effectivement, ça c'est... On s'inclut là-dedans, hein. »*

L'encouragement de la personne, quelle que soit sa façon de faire, semblait également important :

Amandine : « *Par exemple, en termes de déambulation, moi que ce soit avec une canne, sans rien ou avec le déambulateur, si c'est avec le rollator et qu'elle me fait son parcours, je vais pas essayer de dire "OK bah très bien, maintenant on passe à un peu plus dur et un peu plus dur", enfin tu vois ? Juste, si la personne, si ça lui convient et qu'elle se sent bien et qu'elle peut me faire progresser en termes de périmètre, on reste sur ça. Pas toujours aller chercher plus loin ou plus difficile. Ça ouais, une fois que la personne se sent bien dans ce truc, à sa manière, bah très bien, quoi. »*

Au contraire, les principes qui semblaient les plus complexes à mettre en œuvre étaient le fait de demander à la personne de participer, ainsi que de lui demander en fin de séance si elle souhaiterait recommencer une prochaine fois. En cause, encore une fois, la faible motivation des personnes en ce qui concerne la kinésithérapie :

Amandine : « *Enfin, je remercie, mais je demande jamais si elle souhaiterait recommencer. Je crois que j'aurais trop peur du non (rire). »*

Adapter l'environnement

Ce principe semblait moins indiqué dans le contexte de la kinésithérapie dans la mesure où les personnes âgées y sont accompagnées en individuel presque en permanence, et sont donc moins encouragées à interagir avec leur environnement qu'avec les kinésithérapeutes. De plus, il semblerait que les kinésithérapeutes sous statut libéral ne se sentaient pas concernés dans l'adaptation de l'environnement de l'EHPAD, que ce soit au niveau de l'aménagement ou encore de la décoration, par exemple. Ceci-dit, l'utilisation de badges a été mentionnée plusieurs fois comme non mise en œuvre mais potentiellement pertinente :

Nicolas : « *Pour mieux visualiser et connaître tout le monde plus rapidement aussi, c'est intéressant d'avoir des badges. »*

De plus, c'est à nouveau le sujet de la salle de kinésithérapie en libre-service et des potentiels risques associés qui a été discuté par l'une des kinésithérapeutes :

Amandine : « Alors, l'accès libre, je pense que c'est chaud (rire). Quoique t'as envie de dire "Ce serait trop bien", hein, que t'aies un résident qui vienne faire du vélo par exemple, mais il faut qu'il y ait quelqu'un qui reste, quoi. Mais voilà, un endroit clé où ils savent que là, ils peuvent aller faire du sport, ce serait trop bien. Mais pareil, faut une sacrée salle, quoi. Ce serait très bien, un espace, tu vois, plus sensoriel, manipulation fine, un espace plus vélo, cardio, mais faut de la place, quoi. Faut de la place. »

En résumé, il apparaît clairement que la perception de la culture de soin de l'EHPAD influence significativement la manière dont les kinésithérapeutes s'adaptent dans leur pratique. Il ressort également que la motivation individuelle joue un rôle déterminant dans ce processus d'acculturation. Les kinésithérapeutes ayant véritablement intégré les principes Montessori semblent parvenir à ajuster leurs interventions en fonction de cette approche, que ce soit au niveau des horaires, des objectifs de rééducation ou de la collaboration avec les équipes soignantes. Pour les kinésithérapeutes n'ayant pas perçu de culture de soin particulière, cette acculturation est moins évidente. Cependant, il semblerait que même dans ces cas-là, certains principes Montessori décrits comme du « bon sens » ou de la « bienveillance » soient appliqués naturellement par les kinésithérapeutes. D'autres principes, tels que le respect du choix ou l'adaptation des activités, semblent plus difficiles à mettre en œuvre dans le contexte de la kinésithérapie. En effet, les kinésithérapeutes ont parfois encore tendance à se positionner comme des personnes expertes, qui décident et orientent la rééducation selon les objectifs qu'elles jugent les plus adaptés.

Discussion

Résumé des résultats principaux et pistes de réflexion

Les objectifs de la présente étude étaient au nombre de deux. D'abord, il s'agissait d'explorer dans quelle mesure la culture de soin d'un EHPAD visant à intégrer la philosophie Montessori était perçue par les kinésithérapeutes qui y interviennent sous statut libéral, tout en mettant en évidence les facteurs qui conditionnent cette perception. Ensuite, il s'agissait d'identifier comment se traduisait l'éventuelle acculturation de ces kinésithérapeutes à la philosophie Montessori dans leur pratique, en décrivant comment ses principes peuvent être adaptés concrètement dans le contexte de la kinésithérapie.

Sur les six kinésithérapeutes ayant participé à l'étude, un seul a décrit spontanément la philosophie Montessori comme constituant la culture de soin de l'EHPAD. Une autre l'a mentionnée comme un projet d'établissement non atteint, et les quatre autres n'avaient jamais entendu parler de l'intégration des principes Montessori dans le contexte de l'accompagnement des personnes âgées. Pour rappel, les facteurs influençant cette perception de la culture de soin sont synthétisés à l'illustration 1. La perception qu'avaient les kinésithérapeutes de la culture de soin Montessori appliquée par l'EHPAD semblait dépendre principalement de leur ancienneté ainsi que du volume horaire passé au sein de l'établissement, qui conditionnent leurs possibilités d'observation de l'environnement, pratiques et attitudes (aussi bien du personnel que des personnes âgées), mais aussi de communication et de collaboration avec les équipes. De façon logique, l'acculturation des kinésithérapeutes sous statut libéral à la culture de soin Montessori dépendait notamment de leur perception de cette culture. Cette acculturation semble faible dans la mesure où la philosophie Montessori n'était la plupart du temps ni réellement perçue, ni connue par les kinésithérapeutes. S'il est vrai que cela pourrait être amélioré par une formation spécifique sur le sujet, la motivation individuelle à se sensibiliser à la culture de soin de l'EHPAD et à s'y acculturer joue un rôle déterminant.

Bien que les kinésithérapeutes semblent tenir à l'indépendance que leur confère leur statut libéral, la loi leur impose bel et bien de signer un contrat-type avec l'EHPAD dans lequel ils et elles interviennent. Les modalités de ce contrat-type incluent notamment une présentation du projet d'établissement et du fonctionnement de l'EHPAD, ainsi que l'engagement par les kinésithérapeutes d'y adhérer⁴⁵. Le recours à ce genre de contrat permet de garantir pour les personnes le libre choix de leurs thérapeutes tout en optimisant

la collaboration interdisciplinaire et la cohérence dans l'accompagnement proposé. Dans cette logique, il est tout à fait légitime pour l'EHPAD de choisir de collaborer avec des kinésithérapeutes présentant une réelle motivation à s'intégrer dans la culture de soin de l'établissement. De plus, il semble nécessaire que le projet d'établissement leur soit présenté de façon plus étendue, par exemple par l'une des référentes Montessori.

Cependant, un frein majeur à ce type de sensibilisation et à l'intégration des principes Montessori dans la pratique des kinésithérapeutes exerçant sous statut libéral en EHPAD réside dans la gestion du temps dédié à leurs interventions. En effet, le temps apparaît comme une dimension centrale de leur organisation professionnelle. Plusieurs kinésithérapeutes ont souligné que pour adapter leur pratique, notamment en respectant davantage le rythme et les choix des personnes, il leur faudrait pouvoir disposer de davantage de temps. Or, le mode de rémunération à l'acte propre à l'exercice libéral limite cette possibilité et prolonger une séance ou prendre du temps en dehors des soins pour s'informer ou se coordonner avec les équipes revient le plus souvent à travailler sans contrepartie financière. Cette contrainte constitue également un obstacle à leur participation à des temps de formation ou de sensibilisation en lien avec la philosophie Montessori.

En ce qui concerne l'adaptation de la philosophie Montessori dans le contexte plus spécifique de la kinésithérapie, nos résultats montrent que la plupart des principes sont souvent qualifiés de « bon sens ». Cependant, leur application dans le contexte de la kinésithérapie semble moins évidente. En effet, les kinésithérapeutes adoptent souvent une approche centrée davantage sur les déficits fonctionnels et les pathologies à traiter, plutôt que sur la personne dans sa globalité. Une piste d'amélioration consisterait à orienter le choix des objectifs de rééducation à partir de bilans adaptés, permettant d'évaluer davantage les capacités préservées. Cette démarche encouragerait un changement de regard sur la personne âgée, en valorisant ses ressources plutôt que ses limitations. D'autres principes semblaient encore moins intégrés en kinésithérapie, principalement les notions de choix, de sentiment de contrôle et d'activités porteuses de sens. Traditionnellement, les exercices proposés en séance sont sélectionnés dans le but d'atteindre les objectifs de rééducation fixés par les kinésithérapeutes sur la base de leurs bilans et de la prescription médicale, et la décision même de mettre en route un accompagnement kinésithérapeutique est prise par les médecins. Tout ce processus n'est que rarement discuté avec les personnes elles-mêmes ou leur famille, ce qui représente un manque de contrôle important et induit de nombreux refus au moment du passage des kinésithérapeutes. Baser le traitement kinésithérapeutique sur un processus

de prise de décision partagée pourrait favoriser l'engagement des personnes dans leur traitement et améliorer la qualité des soins ⁴⁶.

Les résultats montrent également que certains principes, tels que l'adaptation de l'environnement ou la gestion des comportements réactionnels, sont moins souvent perçus comme relevant du champ de responsabilité des kinésithérapeutes exerçant sous statut libéral. Cela s'explique en grande partie par leur position extérieure à l'institution et par le caractère ponctuel, plutôt que continu, de leurs interventions en EHPAD. Ce statut influence directement la manière dont les kinésithérapeutes perçoivent leur rôle au sein de la communauté de soin entourant la personne âgée.

Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, il s'agit de la première étude à explorer comment des kinésithérapeutes sous statut libéral s'intègrent à la culture de soin d'un EHPAD, en utilisant la notion d'acculturation comme angle d'analyse.

L'échantillon restreint constitue toutefois une limite importante de cette étude. Il s'explique principalement par les difficultés de recrutement rencontrées, en lien avec le manque de disponibilité des kinésithérapeutes et le format distancié des entretiens. Le fait qu'un seul EHPAD ait été inclus participe aussi à cette limite, et s'explique par l'absence d'un agrément officiel permettant l'identification d'établissements intégrant les principes Montessori. S'il était initialement prévu que Jérôme Erkes, directeur de *AG&D – Montessori Lifestyle*, accompagne la sélection de plusieurs établissements, cette collaboration n'a finalement pas pu aboutir, ce qui a empêché l'élargissement de l'échantillon. Toutefois, la saturation semble avoir été atteinte concernant la première question de recherche, en raison du caractère spécifique du phénomène étudié et du contexte monocentrique de l'étude. Dans la perspective d'une future publication, des entretiens supplémentaires seront réalisés afin d'atteindre la saturation concernant la seconde question de recherche.

Dans l'étude d'un sujet encore peu exploré, la méthodologie qualitative représente un véritable atout, car elle permet d'identifier les premiers déterminants d'une problématique en explorant en profondeur l'expérience vécue par les personnes concernées, ainsi que le sens qu'elles lui attribuent depuis leur propre perspective ⁴⁰. Le recours aux lignes directrices COREQ apporte une rigueur méthodologique dans la présentation des résultats qualitatifs, et se révèle particulièrement pertinent dans une étude reposant sur des données issues d'entretiens. Il est reconnu que la méthodologie qualitative est par nature subjective : tout le

processus de recherche, de la formulation des objectifs de l'étude à l'interprétation des résultats, est influencée par les biais propres aux chercheurs ⁴⁷. Dans la présente étude, LV a assuré seule la collecte des données ainsi que l'analyse thématique. Kinésithérapeute salariée en MRS (en Belgique) et formée à la philosophie Montessori, son positionnement a sans doute influencé sa perspective tout au long de la recherche. Afin de limiter ce biais et dans l'optique d'une publication future, un double codage est en cours de réalisation par MD.

Une autre limite importante de l'étude réside dans la possible influence du biais de désirabilité sociale. Ce biais survient lorsque les personnes interrogées cherchent à donner une image valorisante d'elles-mêmes, en accentuant des comportements socialement attendus et en minimisant ceux perçus comme moins acceptables ⁴⁸. Dans ce contexte précis, il est possible que les kinésithérapeutes aient ajusté leurs réponses pour montrer un plus grand accord avec les valeurs et pratiques de l'EHPAD où ils et elles interviennent, tout en évitant d'en faire la critique. Ce biais semblait particulièrement présent lorsqu'il était question de commenter l'application des principes Montessori au sein de l'EHPAD (Aline : *« Je serais mal placé pour juger de ce qu'ils font en ne sachant pas, en ne connaissant pas l'intégralité de leur journée, en fait. Donc je veux pas me permettre de juger. »*). Pour limiter ce biais, il a été rappelé à plusieurs reprises durant les entretiens que ceux-ci étaient anonymes et que l'objectif de la recherche n'était pas d'évaluer la bonne application des principes Montessori par l'EHPAD, mais plutôt d'identifier les facteurs influençant la perception qu'en avaient les kinésithérapeutes. Le biais de désirabilité sociale a également pu influencer les propos des kinésithérapeutes concernant leur intégration des principes Montessori, d'autant plus que ces derniers sont souvent présentés comme du « bon sens » et de la « bienveillance ». Ces notions, très valorisées dans le discours courant, notamment dans le domaine du soin, représentent une posture morale et relationnelle perçue comme naturelle et allant de soi. Dans ce contexte, il devient particulièrement difficile pour les kinésithérapeutes de les remettre en question ou d'admettre qu'ils et elles ne les appliquent pas dans leur pratique.

De futures études devraient poursuivre l'exploration des processus d'acculturation dans le domaine du changement de culture dans les soins, en intégrant une plus grande diversité de cultures de soin afin de renforcer la portée et la transférabilité des résultats. De plus, dans l'objectif d'évaluer plus systématiquement les possibilités d'intégration des principes Montessori dans le contexte de la kinésithérapie, il serait intéressant de prendre en

compte la perspective de kinésithérapeutes ayant suivi la formation à la philosophie Montessori adaptée aux personnes âgées.

Déclarations

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt dans le cadre de cette étude. Aucune source de financement externe n'a été sollicitée ou reçue pour cette recherche.

Conclusion

L'acculturation des kinésithérapeutes à la philosophie Montessori intégrée au sein de l'EHPAD dépend notamment de leur temps passé sur place, de leur ancienneté et de leur motivation personnelle, qui conditionnent leurs possibilités d'observation de l'environnement et des pratiques, de communication et de collaboration avec les équipes et les formation ou sensibilisation spécifique au projet d'établissement. Leur engagement personnel semble donc déterminant, et est largement influencé par les contraintes de temps liées au mode de financement à l'acte caractéristique de l'activité libérale en EHPAD. Actuellement, les kinésithérapeutes exerçant en EHPAD sous statut libéral interviennent de manière ponctuelle, avec des séances courtes centrées sur des objectifs de rééducation prédéfinis, ce qui laisse peu de place à une réelle personnalisation des soins. Par ailleurs, ce mode de financement ne prévoit pas de temps dédié à la formation des kinésithérapeutes à la culture de soin propre à l'EHPAD. Cette organisation semble donc peu compatible avec les approches centrées sur la personne dont il est question dans le mouvement de changement de culture, qui appellent à un accompagnement bien plus global tenant compte de tous les besoins de la personne âgée. Comme décrit en introduction, l'approche Montessori dans le contexte de la kinésithérapie invite au contraire à s'éloigner d'un cadre rigide pour adapter les interventions au rythme et aux besoins spontanés de la personne âgée, faisant de chaque séance un moment unique, centré sur sa motivation et sa liberté de mouvement. Elle implique ainsi une certaine souplesse dans l'organisation temporelle des séances, davantage atteignable pour les kinésithérapeutes exerçant sous statut salarié, pour qui il est plus réaliste par exemple de solliciter les personnes au moment où elles expriment un besoin de mouvement, ou encore de fractionner les séances sur l'ensemble de la journée.

Toutefois, il convient de souligner que le recours à des kinésithérapeutes salariés au sein des EHPAD ne va pas de soi. Il dépend étroitement des orientations de la politique nationale en matière de financement et de ressources humaines, ainsi que des marges de manœuvre laissées aux établissements pour organiser leurs équipes de soins. Par ailleurs, les processus d'acculturation concernent également les kinésithérapeutes sous statut salarié, d'autant plus lorsque l'établissement qui les emploie s'inscrit dans une culture de soin particulière. L'étude de l'acculturation des kinésithérapeutes à la culture de soin de l'établissement dans lequel ils et elles interviennent conserve donc toute sa pertinence. Les résultats de notre étude montrent que, même si les kinésithérapeutes n'identifient pas consciemment la culture de soin comme intégrant les principes Montessori, cela ne signifie

pas pour autant qu'aucune forme d'acculturation n'ait lieu. Après présentation des six grands principes Montessori, plusieurs de leurs aspects ont été décrits par les kinésithérapeutes comme du « bon sens », ce qui suggère qu'ils sont suffisamment généraux pour être spontanément mobilisés dans la pratique kinésithérapique, sans nécessairement être reconnus comme appartenant à une approche particulière. Cependant, si la « bienveillance » perçue dans la culture de soin de l'EHPAD semblait être associée à la philosophie Montessori, le lien avec la notion d'autonomie apparaissait moins évident. En effet, la définition de l'autonomie donnée par les kinésithérapeutes semblait davantage renvoyer à une autonomie fonctionnelle, centrée sur les déplacements et les transferts, plutôt qu'à une autonomie entendue comme capacité de choix et de contrôle, comme décrite dans les principes Montessori.

Pour favoriser l'acculturation des kinésithérapeutes à la philosophie Montessori portée par l'EHPAD, il serait souhaitable que celui-ci communique plus explicitement sur son projet d'établissement dès le début de la collaboration. Cette présentation pourrait être assurée, par exemple, par les personnes référentes du projet Montessori. Par ailleurs, il serait pertinent de rappeler et de valoriser le contrat type établi avec les kinésithérapeutes, qui prévoit, en principe, leur adhésion au projet de soin de l'établissement. Idéalement, cela permettrait à l'EHPAD de collaborer avec des kinésithérapeutes qui souhaitent réellement s'inscrire dans une démarche d'accompagnement global de la personne âgée. Un tel engagement suppose une volonté de collaborer de façon étroite avec l'ensemble des personnes constituant la communauté de soin de la personne âgée, dans une logique interdisciplinaire cohérente avec les approches centrées sur la personne. Dans un établissement qui souhaite s'inscrire dans ce mouvement de changement de culture, cette collaboration interprofessionnelle ne peut être considérée comme secondaire : elle est au contraire indispensable pour garantir la continuité et la qualité de l'accompagnement. S'entourer de prestataires partageant cette vision devient alors un levier essentiel pour faire vivre concrètement le projet de soin de l'établissement.

Annexe 1 – Lignes directrices COREQ

Item	Description	Section
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Discussion ; Forces et limites de l'étude
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>	Méthodes ; Paradigme de recherche et contexte de l'étude
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Méthodes ; Paradigme de recherche et contexte de l'étude
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Méthodes ; Paradigme de recherche et contexte de l'étude
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Méthodes ; Paradigme de recherche et contexte de l'étude
<i>Relations avec les participants</i>		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Méthodes ; Paradigme de recherche et contexte de l'étude
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche.</i>	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>	Méthodes ; Paradigme de recherche et contexte de l'étude
<i>Sélection des participants</i>		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données

11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
<i>Contexte</i>		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>	Résultats
<i>Recueil des données</i>		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non Applicable
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Méthodes ; Recrutement et méthodes de collecte des données
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Non Applicable
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Résultats
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Discussion ; Forces et limites de l'étude
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non Applicable
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Discussion ; Forces et limites de l'étude

25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Résultats
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Résultats
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Méthodes ; Méthodes de traitement et d'analyse des données
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non Applicable
<i>Rédaction</i>		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>	Résultats
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Résultats
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Résultats
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Résultats

Annexe 2 – Guide d’entretien semi-dirigé

A. Introduction

- Remercier la personne pour sa participation
- Réexpliquer le contexte de l’étude en quelques mots
- Redemander le consentement pour l’enregistrement vocal

B. Questions introductives à propos de l’EHPAD :

1. Dans quel EHPAD travaillez-vous ? Depuis quand travaillez-vous dans cet EHPAD ? Approximativement combien d’heures par semaine y travaillez-vous ? Intervenez-vous également dans un autre EHPAD ?
2. Comment se passe votre travail au sein de cet EHPAD ? Pouvez-vous décrire comment se déroulent vos interventions ?
3. Comment votre statut de kinésithérapeute libéral influence-t-il selon vous votre travail au sein de cet EHPAD (timing, espace, transmissions) ?

C. Questions sur la perception de la méthode Montessori au sein de l’EHPAD :

4. Comment décririez-vous les valeurs que prône cet EHPAD ?
 - Que pensez-vous de la façon dont l’autonomie est promue au sein de cet EHPAD ? Pourquoi ?
5. Que savez-vous de la méthode Montessori ? Comment en avez-vous entendu parler pour la première fois ? Qu’est-ce qu’elle vous évoque ?
 - Pouvez-vous m’en dire plus sur la façon dont la méthode Montessori est intégrée dans l’EHPAD dans lequel vous intervenez ?
6. Estimez-vous que votre pratique de kinésithérapeute est influencée par la méthode Montessori appliquée par l’EHPAD lorsque vous y intervenez ?
→ *Je vais maintenant parcourir avec vous quelques principes destinés aux professionnels qui accompagnent des personnes âgées avec des troubles cognitifs et vous allez me dire ce que ces principes vous inspirent.*
7. Dans quelle mesure estimez-vous que ce principe est appliqué ou non au sein de l’EHPAD dans lequel vous intervenez ? Comment ? Par qui ? Pouvez-vous donner des exemples de sa concrétisation ?

D. Questions sur l’intégration de la méthode Montessori dans la kinésithérapie :

8. Estimez-vous que les principes Montessori ont du sens dans le domaine de la kinésithérapie ? Pourquoi ?
9. Estimez-vous que les principes Montessori sont applicables dans le domaine de la kinésithérapie ? Comment ? Pouvez-vous donner des exemples ?
10. Avez-vous l’impression d’en appliquer certains dans votre pratique ? Lesquels ? Comment ? Pouvez-vous donner des exemples concrets ?

11. À votre avis, en quoi la méthode Montessori est-elle différente d'une pratique de kinésithérapie « classique » ?

E. Questions conclusives :

12. De façon générale, quel est votre avis sur la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées ?

13. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur le sujet ?

F. Conclusion :

- Compléter les données sociodémographiques et le score Montessori
- Remercier la personne pour sa participation
- Demander si elle a des questions à propos de l'étude

Bibliographie

1. UN. Statistics Division. World population ageing 2023: challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries. New York, US: UN; 2023.
2. Statbel. Population par sexe et groupe d'âges pour la Belgique, 2014-2024 [Internet]. be.STAT. 2024 [cited 2024 Nov 22];Available from: <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c1649c18-ea66-4286-9310-2413e74134f8>
3. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2014 - Des décès moins nombreux. Insee, division Enquêtes et études démographiques; 2015.
4. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. Insee. 2025 [cited 2024 Nov 22];Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
5. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, et al. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Bruxelles, Belgique: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Health Services Research (HSR); 2024.
6. Bureau fédéral du Plan. Perspectives de population 2023-2070 [Internet]. [cited 2024 Nov 26];Available from: https://www.plan.be/databases/data-35-fr-perspectives_de_population_2023_2070
7. Institut national d'études démographiques. Projections de population de 2021 à 2121. Scénario central [Internet]. Ined. [cited 2024 Nov 26];Available from: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/evolution-population/projections/>
8. Adam S, Marquet M, Missotten P. Maison de repos, maison de vie ? Liège, Belgique: Altura; 2022.
9. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Soins aux personnes âgées [Internet]. KCE. 2024 [cited 2025 Jul 14];Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>

10. Balavoine A. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2022.
11. Institut national de la statistique et des études économiques. Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2022 [Internet]. Insee. 2025 [cited 2025 Jul 25];Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690>
12. Papon S. Bilan démographique 2022 - L'espérance de vie stagne en 2022 et reste inférieure à celle de 2019 [Internet]. Insee. 2023 [cited 2025 Aug 10];Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
13. Muller A, Missotten P, Adam S. Transforming nursing home culture: Opinions of older people. A cross-sectional study in Belgium. *J Aging Stud* 2022;61:101020.
14. McGreevy J. Implementing culture change in long-term dementia care settings. *Nurs Stand* 2016;30(19):44–50.
15. Heggstad AKT, Nortvedt P, Slettebø Å. 'Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity. *Nurs Ethics* 2013;20(8):881–92.
16. Rahman AN, Schnelle JF. The Nursing Home Culture-Change Movement: Recent Past, Present, and Future Directions for Research. *The Gerontologist* 2008;48(2):142–8.
17. Erkes J, Bayard S. Montessori Method applied to dementia, a person-centered global approach Part 2. Review of literature, effects and perspectives. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2023;21(2):223–32.
18. Bautrant T, Franqui C, Clément H, et al. A pragmatic trial testing a tailored non pharmacologic therapies on nocturnal behavioral and psychological symptoms associated with dementia. *Geriatr Nurs* 2022;43:85–90.
19. Woolford M, Bruce L, Rigoni D, et al. Intersection between person-centred practice and Montessori for dementia and ageing in residential aged care. *Age Ageing* 2024;53(10):afae217.

20. Dispa M-F. Des maisons où il fait bon vivre et travailler. Fondation Roi Baudoin. 2019.
21. Erkes J, Bayard S. Montessori Method applied to dementia, a person-centered global approach Part 1: Origins and principles. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2023;21(1):97–106.
22. Camp CJ. Origins of Montessori Programming for Dementia. *Nonpharmacol Ther Dement* 2010;1(2):163–74.
23. Camp CJ, Bourgeois MS, Erkes J. Person-centered care as treatment for dementia. In: *APA handbook of dementia*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2018. p. 615–29.
24. Erkes J, Lhernaut C. À la recherche des capacités préservées. *Doc'Alzheimer* 2020;38:17–9.
25. Erkes J, Camp CJ, Raffard S, Gély-Nargeot And M-C, Bayard S. Assessment of capabilities in persons with advanced stage of dementia: Validation of The Montessori Assessment System (MAS). *Dementia (London)* 2019;18(5):1840–57.
26. Yan Z, Traynor V, Alananzeh I, Drury P, Chang H-CR. The impact of montessori-based programmes on individuals with dementia living in residential aged care: A systematic review. *Dementia (London)* 2023;22(6):1259–91.
27. Bourgeois MS, Brush J, Elliot G, Kelly A. Join the Revolution: How Montessori for Aging and Dementia can Change Long-Term Care Culture. *Semin Speech Lang* 2015;36(3):209–14.
28. Gibowski C. Vécu institutionnel en ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place. *Cliniques* 2012;3(1):84–95.
29. Brett L, Traynor V, Stapley P. Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(2):104–16.
30. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care* 2009;47(11):1164–73.

31. Témoignage de Patricia, kiné dans une maison de repos [Internet]. Senior Montessori. 2023 [cited 2025 Aug 1];Available from: https://senior-montessori.be/sm_ressources/patricia-kinesitherapeute/
32. Arrêté Royal du 21/09/2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour. Moniteur Belge; 2004.
33. INAMI. Service des soins de santé. Maisons de repos pour personnes âgées - Maisons de repos et de soins - Nouveau système de financement à partir du 1er janvier 2004. Bruxelles, Belgique: 2003.
34. Cour des comptes. La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad - Un nouveau modèle à construire. Commission des affaires sociales du Sénat; 2022.
35. Code de l'action sociale et des familles : Sous-paragraphe 1 : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Article D312-155-0-1. 2016.
36. Destais N, Ruol V, Thierry M. Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Evaluation de l'option tarifaire dite globale. Inspection générale des affaires sociales; 2011.
37. Dijoux F. Impact du statut de masseur-kinésithérapeute libéral sur les relations interprofessionnelles en EHPAD. 2022;
38. Matsudaira T. Measures of psychological acculturation: a review. Transcult Psychiatry 2006;43(3):462–87.
39. Bauchetet C, Ceccaldi J, Colombat P. L'acculturation à la démarche participative. Objectifs soins et management 2019;(268):60.
40. Tenny S, Brannan JM, Brannan GD. Qualitative Study. StatPearls Publishing LLC 2025;
41. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue 2015;15(157):50–4.

42. Donadey M, Broc G, Erkes J, Lembach M, Camp C, Bayard S. Application, understanding, and appropriation of the Montessori method for persons with dementia: A qualitative pilot study. *Dementia (London)* 2024;23(8):1245–62.
43. Bourgeois C, Erkes J, Jeandel C, Vitou V, Bayard S. Développement d’une grille d’évaluation du degré d’application de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées en Ehpad. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement* 2024;22(4):446–55.
44. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Med Teach* 2020;42(8):846–54.
45. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes.
46. Cranley LA, Slaughter SE, Caspar S, et al. Strategies to facilitate shared decision-making in long-term care. *Int J Older People Nurs* 2020;15(3):e12314.
47. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives* 2014;(4):67–82.
48. Bispo JP. Social desirability bias in qualitative health research. *Rev Saude Publica* 2022;56:101.

Résumé condensé

Introduction L'intégration par une structure des principes Montessori adaptés aux personnes âgées implique un changement de culture porté par l'ensemble de la communauté de soin. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) font majoritairement appel à des kinésithérapeutes sous statut libéral, qui n'ont pas reçu de formation à la philosophie Montessori. La notion d'acculturation suggère qu'un contact prolongé avec une culture de soin différente de la leur peut induire progressivement des changements dans leurs valeurs et pratiques.

Méthodes Six kinésithérapeutes intervenant sous statut libéral dans un EHPAD intégrant la philosophie Montessori ont participé à des entretiens individuels semi-directifs. Leur perception de cette philosophie comme culture de soin ainsi que son éventuelle adaptation dans leur pratique de kinésithérapeute ont été explorées.

Résultats Les kinésithérapeutes semblaient présenter un niveau d'acculturation relativement faible, expliqué notamment par des facteurs temporels et motivationnels. Les possibilités de choix pour la personne et d'activités porteuses de sens apparaissent limitées en kinésithérapie.

Conclusion Les contraintes induites par le mode de financement à l'acte complexifient l'implication des kinésithérapeutes sous statut libéral dans une approche centrée sur la personne. L'EHPAD devrait mieux communiquer sa culture de soin aux prestataires externes, et revaloriser le contrat-type encadrant leur collaboration.

UCLouvain FSM : Déclaration d'utilisation des aides et outils Intelligence Artificielle (IA)

J'ai utilisé l'IA pour ce projet : ☐ Oui
☐ Non

Si vous avez utilisé l'IA dans ce travail, veuillez préciser comment ci-dessous :

Texte (par exemple, vérification orthographique, génération de texte, production d'idées, ...)

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

--

Images

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

--

Code, aide à la programmation, ou algorithmes

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

--

Autres utilisations

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

--

Je connais les règles de de la Faculté des sciences de la motricité de l'UCLouvain en matière d'intelligence artificielle. Je déclare que toute utilisation d'aides ou d'outils d'intelligence artificielle est explicitement mentionnée dans le présent formulaire de déclaration

Nom		Prénom	
-----	--	--------	--

