



Université Clermont Auvergne

UFR de Médecine et des Professions Paramédicales  
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

BANTUEL Laurine

Mémoire pour le Diplôme  
d'Etat en Ergothérapie

24 Mai 2021

Livret additionnel

**La qualité de vie des personnes âgées  
dépendantes lors des interventions en  
ergothérapie dans le cadre d'un maintien  
à domicile**

Sous la direction de Coline Dewasseige, ergothérapeute

## Sommaire

1. Retranscription de l'entretien 1.....	2
2. Retranscription de l'entretien 2.....	9
3. Retranscription de l'entretien 3.....	17
4. Retranscription de l'entretien 4.....	23
5. Retranscription de l'entretien 5.....	29
6. Retranscription de l'entretien 6.....	35
7. Retranscription de l'entretien 7.....	43

## **1. Retranscription de l'entretien 1**

Moi (M) : **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Ergothérapeute 1 (E1) : J'ai été diplômée en 2016.

M : **D'accord. Vous travaillez dans quelle structure et depuis combien de temps ?**

E1 : Je suis, depuis 2016, dans une entreprise de l'économie sociale et solidaire spécialisée dans le soutien à domicile des personnes âgées et personnes en situation de handicap.

M : **Quelles sont vos missions dans cette structure ?**

E1 : Alors, je suis ergothérapeute donc je fais toutes les interventions à domicile avec préconisations en aides techniques, nouvelles technologies et travaux d'aménagement. Je fais également des vacations, j'en ai fait en ESA et en USLD. Et maintenant je suis également coordinatrice donc je manage une équipe d'ergothérapeutes.

M : **Et pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?**

E1 : La population, c'est personnes âgées majoritairement. J'ai pu faire beaucoup de visites auprès de GIR 5 et 6 donc un peu plus de la prévention primaire et secondaire. Et j'interviens également pour le compte de l'APA pour d'autres départements, donc du GIR 1 à 4 avec des personnes un peu plus dépendantes.

M : **Quel est le niveau de GIR moyen des personnes que vous accompagnez ?**

E1 : Nous on accompagne tous les GIR.

M : **Et quel est l'âge moyen de la population ?**

E1 : Alors, j'étais en train de faire le bilan. Je vais faire le calcul en direct. L'âge moyen 82 ans.

M : **Quelles sont difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne, pouvant remettre en question le maintien à domicile ?**

E1 : Alors on fait un bilan avec l'ADL-IADL. Donc souvent la demande spontanée pour qui on est étiquetés, c'est quand même une problématique de salle de bain et WC. Mais en tant qu'ergo, on évalue vraiment toutes les difficultés dans les activités de vie quotidienne. Donc ça peut être également des problèmes pour réaliser les repas, pour l'habillage, des problèmes

de transferts, des problèmes aussi pour les aidants avec tout ce qui manutention. Positionnement au fauteuil, positionnement au lit, c'est assez général aussi.

M : D'accord. Selon vous, quelles activités de la vie quotidienne sont les plus impactées par la dépendance ?

E1 : Alors ce n'est pas une source sûre, mais vraiment celle où l'on a le plus de demandes, spontanément je dirais que c'est pour la toilette.

M : Et comment la dépendance impacte la qualité de vie des personnes âgées ?

E1 : C'est que souvent, les personnes doivent faire intervenir un aidant ou sont aidées par leur aidant familial, leur mari ou leurs enfants. Et par exemple, pour la toilette c'est qu'ils ne se lavent plus et ils se lavent au gant en attendant qu'il y ait des travaux. La toilette au gant, la toilette dans la cuisine également, donc c'est vrai qu'au niveau intimité et hygiène, ce n'est pas forcément ce qu'il y a de mieux. Quand il y a une attente de travaux, ce n'est pas l'idéal.

**M : Selon vous, quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?**

E1 : Je pense que pour nos générations, la toilette au gant ça serait bien moins acceptée que leur génération. Après, clairement, ils nous le disent, parce que, par exemple on peut intervenir aussi par le biais de bailleur et donc ce sont les bailleurs qui financent, donc quand il y a des financements c'est quand même plus facile de préconiser des travaux, etc. Et souvent c'est là qu'ils peuvent nous dire « mais vous vous rendez compte j'ai fait mon dossier depuis X temps, c'est inadmissible. Je n'avais pas de nouvelles et je me lave au gant dans ma cuisine ». C'est vraiment là qu'ils disent spontanément, quand ils savent qu'ils vont avoir des financements et que ça doit être fait par un tiers, que ça a un impact sur leur qualité de vie. Après sinon c'est le fait qu'il y a eu une chute, qu'il y a eu une aggravation de leur pathologie ou qu'il y a eu un accident, donc un problème de santé particulier qui déclenche en fait un changement de leurs habitudes de vie. Et donc quand ils ne peuvent plus utiliser quelque chose, ne plus faire une activité, c'est là qu'ils nous disent, « maintenant je deviens dépendant, qu'est-ce que vous pouvez faire pour m'aider ? ».

**M : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

E1 : Alors nous souvent on pose la question « qu'est-ce que vous ne pouvez plus faire et que vous aimeriez refaire ? ». C'est une question d'un modèle conceptuel. Donc on essaie de ne pas être toujours patho-centré et de partir sur la pathologie, mais de partir vraiment au niveau des activités. Et après dès qu'on décèle dans le discours, dans l'entretien, un endroit où ils nous disent qu'ils sont en difficulté, qu'ils n'arrivent plus à faire ça, c'est là qu'on essaie de trouver une solution. Mais ce ne sont pas que des aides techniques ou des travaux. En tant qu'ergo, ça peut être médico-sociale, les orienter aussi vers les services. Il faut vraiment connaître l'écosystème local où on intervient pour pouvoir réorienter, vers par exemple de l'activité physique adaptée, il y a aussi des CCAS qui mettent en place des visites de courtoisie pour du lien social, du portage de repas, du portage de courses, etc. Ce sont des choses qu'il faut aussi faire en tant qu'ergo. Aller chercher pour préconiser un maximum de choses pour qu'ils puissent être indépendants et avoir une meilleure qualité de vie à domicile.

**M : Quels sont vos objectifs d'intervention ?**

E1 : L'objectif numéro 1 en ergo je pense que c'est le maintien de l'indépendance et de l'autonomie, ce qui en découle donc une meilleure qualité de vie à domicile. Et il y a aussi d'autres objectifs, c'est l'intervention des aidants, soulager et faciliter l'intervention des aidants familiaux ou professionnels. La reprise de certaines activités, favoriser le lien social aussi, favoriser les sorties extérieures, c'est assez général.

**M : Dans votre pratique, utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?**

E1 : Alors pour vraiment évaluer, une grille qualité de vie, de tête non. Les bilans qu'on utilise ce sont l'ADL-IADL et la grille CELIA la grille de fragilité aussi. On intervient auprès d'un public GIR 5-6. Parfois dans les AVQ, finalement il n'y a pas vraiment de difficultés, mais on sent que c'est fragile. Donc avec cette grille, on peut détecter des petits critères qui nous permettent de dire « attention cette personne peut être un petit peu vulnérable », et le moindre moment indésirable peut déclencher une dépendance.

M : D'accord. Connaissez-vous la pyramide de Maslow, avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement ?

E1 : Oui oui.

**M : Alors, selon la pyramide de Maslow, sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

E1 : Honnêtement j'aurais envie de dire sur tous. Après comme la pyramide est représentée, en effet physiologiques et sécurité vont être les premiers. Après on évalue la personne dans sa globalité donc c'est important qu'il y ait une estime de soi, de pouvoir s'accomplir, d'avoir un sentiment d'appartenance.

**M : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

E1 : Comment on participe. Donc il faut que je vous décrive un peu nos visites ?

M : Oui.

E1 : Donc par le biais de notre évaluation globale, on va pouvoir détecter différents facteurs de risque, que ce soient des facteurs de risques environnementaux ou autres. Et puis après, nous ce que l'on fait, c'est qu'on a détaillé notre trame de compte-rendu par activités de vie quotidienne, comme se déplacer à l'intérieur, se déplacer à l'extérieur, faire sa toilette, aller au WC, se coucher, prendre les transports en commun, etc. Et donc à partir du moment on l'on détecte une faille, un facteur de risque dans une de ces activités, on va essayer de trouver une solution, que ce soient une aide technique, une nouvelle technologie ou des travaux d'aménagement. Et ces failles peuvent venir tant de la personne que de son environnement. Par exemple, ce matin on en parlait et en fait, on évalue vraiment si l'environnement humain et matériel est favorable ou défavorable pour la personne. Et quand l'environnement est défavorable, c'est là qu'il y a un besoin d'apporter des préconisations.

M : Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne, sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?

E1 : L'objectif c'est d'avoir une amélioration des capacités de la personne, ça pourra avoir un impact sur la modification de l'environnement. Ça dépend ce que l'on va mettre en place, mais il y a quand même un gros travail d'acceptation de la modification des habitudes de vie. Parce

que parfois, la demande peut venir d'un tiers donc ça peut venir du SSIAD ou de la famille. Par exemple, la famille veut absolument remplacer la baignoire. Si ce n'est pas une habitude de vie et que finalement ça leur convient leur toilette au lavabo, ça ne sert à rien de changer ces habitudes. Donc il y a tout un cheminement à faire avec le bénéficiaire pour qu'il accepte ces préconisations. Parce que là, justement, c'est ce que je suis en train de faire, on fait des études, des bilans un petit peu d'activités, et si vous voulez pour la CARSAT, ce sont entre guillemets des travailleurs sociaux, ils détectent le besoin en aides techniques. Donc dès qu'il y a un besoin en aides techniques de détectées, nous on intervient spontanément derrière parce qu'il y a eu des financements pour pouvoir préconiser la bonne aide technique. Et donc l'évaluateur, en moyenne, il préconise 1 aide technique et nous en tant qu'ergo on en préconise 5. Cependant, la personne en met en place que 2 et demi donc elle en met quand même en place plus que s'il y avait eu que l'intervention de l'évaluateur, mais elle ne met quand même pas tout en place. Donc il y a des freins, c'est le refus de changer les habitudes de vie, il y a les freins financiers, il y a aussi le fait qu'ils estiment ne pas en avoir besoin pour l'instant. Parce qu'en tant qu'ergo, on fait aussi des préconisations pour le court terme mais on voit aussi un peu à long terme quels peuvent être les dangers. Donc parfois ils refusent les aides techniques mais ils vont mettre en place des travaux. En fait, c'est ce qu'on disait, on peut être élément déclencheur aussi. A la base, on intervient pour un thème, par exemple, on intervient pour la salle de bain, mais on peut également faire déclencher, par exemple, des travaux pour sécuriser les escaliers.

**M : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

E1 : Alors là il y a vraiment de tout, nous c'est vraiment aides techniques, travaux et conseils.

M : Quelles sont vos interventions sur la personne, sur l'activité, sur l'environnement humain et matériel ?

E1 : Je trouve qu'on sécurise beaucoup la toilette et les déplacements. Les déplacements souvent intérieurs, et extérieurs un peu moins. C'est de sécuriser l'entrée de la maison par exemple, mais les déplacements nocturnes, les déplacements dans le logement quand le logement est un peu encombré, qu'il y a des meubles un petit peu instables. Le chaussage, le positionnement des interrupteurs. Ce qu'on préconise beaucoup aussi, c'est au niveau des transferts, pour faciliter que ce soit le transfert couché-assis/assis-couché ou aussi assis-

debout, que ce soit dans le fauteuil ou dans le lit, c'est là qu'il y a souvent des petites choses qu'on peut préconiser.

**M : Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

E1 : Alors souvent les personnes, quand on les rappelle, sont super contentes d'avoir acheté leurs aides techniques ou d'avoir eu leurs travaux. Ils nous disent qu'ils peuvent enfin se relayer seuls, que ça facilite vraiment leurs transferts pour se lever du lit. Déjà on le voit lors de notre visite, quand on peut faire des mises en situation. Parce qu'on fait des mises en situation avec les aides techniques, déjà là spontanément la personne nous dit « mais c'est super votre truc je ne connaissais pas, ça se trouve où ? ». Donc soit on fait des mises en situations, soit on montre des vidéos ou des catalogues. Après il y a tout le cheminement, il faut quand même les accompagner jusqu'à l'achat, parce que simplement donner notre compte-rendu ce n'est pas suffisant, nous on les rappelle beaucoup pour leur dire « vous avez trouvé ? Est-ce que ce sont vos enfants qui doivent vous accompagner ou vous voulez que j'appelle vos enfants ? ». Donc on fait tout cet accompagnement pour qu'ils puissent mettre en place les aides techniques ou les autres préconisations.

M : Pensez-vous que votre intervention permet d'améliorer leur qualité de vie ?

E1 : Oui.

M : Évaluez-vous l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?

E1 : Je fais des bilans d'activité donc oui du coup. Il y a un gros travail de suivi pour savoir si les aides techniques ont été mises en place, et après de conseils parce qu'ils lisent nos comptes-rendus mais il y a quand même beaucoup d'informations. Malgré qu'on ait tout écrit ça reste compliqué. Donc après, on rappelle et par téléphone on réoriente vers, ce qu'on appelle les aides techniques un peu prioritaires pour dire « je vous conseille vraiment dans un premier temps d'acheter ça, ça vous aiderait vraiment. Allez chez tel distributeur, c'est lui qui est le plus proche de chez vous ». Donc on fait tout ce suivi pour essayer de les accompagner et nous on les accompagne jusqu'à la mise en place des préconisations. Donc, en effet, on clôture quand on sait que tout est sécurisé.



**M : Avez-vous des retours de la personne âgée ou des familles ?**

E1 : Nous on les rappelle systématiquement, donc soit on a le bénéficiaire, soit directement les aidants. Et après, en fait, le service prescripteur ça peut être un SSIAD donc on fait directement le lien avec eux pour s'assurer que ça correspond bien à leurs attentes, à leurs difficultés de départ. C'est vrai qu'on est toujours en lien soit directement avec le bénéficiaire, soit avec les aidants pour s'assurer que ça convient. Après une fois que tout est mis en place, nous on clôture le dossier, mais on reste disponible. Là par exemple, il y a un monsieur que j'avais vu en 2017 et qui m'a rappelé la semaine dernière en me disant « vous vous rappelez de moi ? Maintenant je peux plus me déplacer. Comment je peux faire pour avoir un fauteuil roulant ? ». Du coup, on redonne des conseils dans le temps.

**M : Avez-vous des précisions ou des informations complémentaires à apporter ?**

E1 : Non pas spécialement. La réadaptation, c'est encore un domaine peu développé de l'ergothérapie enfin surtout la réadaptation à domicile et en gériatrie.

## **2. Retranscription de l'entretien 2**

**Moi (M) : Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Ergothérapeute 2 (E2) : Depuis 2011.

**M : Dans quelle structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?**

E2 : Je travaille à mi-temps sur l'équipe spécialisée Alzheimer d'un SSIAD depuis mon diplôme, donc depuis 2011. Et à côté de ça, j'ai travaillé à mi-temps, d'abord sur une unité cognitivo-comportementale, ensuite dans un EHPAD spécialisé Alzheimer, une grosse unité Alzheimer de 160 lits. Ensuite, j'ai été coordinatrice de parcours sur une MAIA, et maintenant je suis ergothérapeute sur le SSIAD. Toujours avec les personnes âgées, principalement dans le domaine des personnes âgées atteintes de démences et maintenant sur le SSIAD toutes personnes âgées poly pathologiques.

**M : Quelles sont vos missions dans cette structure ?**

E2 : Alors au niveau de l'équipe spécialisée... Alors ça dépend du SSIAD ou de l'équipe spécialisée ?

M : Là où vous intervenez.

E2 : Alors au niveau de l'équipe spécialisée Alzheimer, mes missions vont être de coordonner l'équipe complète donc de faire les bilans selon la méthode COTID pour les patients de l'ESA. Ensuite, déterminer les objectifs de prise en soin de notre service et coordonner les interventions des assistants de soins en gérontologie. Puis derrière, coordonner aussi la mise en place de relais auprès d'auxiliaires de vie ou de services partenaires, pour que perdurent les objectifs et ce qu'on aura mis en place comme objectif de travail avec nos patients. Et sur le SSIAD, mon objectif principal, c'est le maintien de l'autonomie des patients, qui sont eux-mêmes en perte d'autonomie et polypathologiques, de la personne âgée polypathologique à travers une formation des aides-soignants sur les techniques d'aide à la mobilité et la mise en place d'aides techniques et l'aménagement de domicile.

**M : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?**

E2 : Personnes âgées. Alors sur le SSIAD on a 108 places, 8 places moins de 60 ans avec des personnes en situation de handicap. Principalement je dirais sur le SSIAD, on a pas mal de

myopathies sur les patients jeunes, scléroses en plaques, on a aussi accompagné des SLA. Et après sur les patients âgés, toutes pathologies de la personne âgée, démences type Alzheimer, Parkinson, SLA aussi, SEP, et après tout ce qui va être pathologies cardiaques pulmonaires et perte d'autonomie liée à des fractures, à des prothèses. Voilà, tout ce qui est possible et imaginable comme pathologie de la personne âgée, on va dire.

M : Quel est l'âge moyen du public que vous accompagnez ?

E2 : Je dirais aux alentours de 80 ans.

M : Quel est le niveau de GIR moyen ?

E2 : 3. GIR 2 en moyenne ! C'est ma collègue qui me souffle.

**M : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne et qui peuvent remettre en question le maintien à domicile ?**

E2 : Alors les difficultés principales qui vont remettre en question le maintien à domicile. Parce que bon leurs difficultés, on va dire, comme on accompagne principalement des GIR 2, on va avoir des patients qui vont être en perte d'autonomie sur l'ensemble des activités du quotidien. On va dire que la plupart de nos patients, les seules activités qui peuvent encore faire en autonomie quand ils peuvent, c'est s'alimenter. Et je ne parle pas de préparation des repas, je parle vraiment de s'alimenter. Après ils sont en perte d'autonomie forcément, puisque nous on intervient en tant que SSIAD s'il y a besoin d'aide sur les soins d'hygiène. Et on va dire ce qui va compromettre le soutien à domicile, c'est principalement la perte d'autonomie... Ce sont plutôt les aidants en fait ! C'est plutôt quand il n'y a pas d'aidants qui peuvent être présents pour accompagner ou un épuisement d'un aidant. C'est ça qui principalement va compromettre le maintien à domicile. Parce que des services, il en existe pour compenser quasiment tout ce qui est possible en termes de perte d'autonomie dans le quotidien. La grosse problématique, ça va être de coordonner toutes ces aides et de maintenir le cadre de toutes les aides. Donc c'est possible, il existe des services qui aident à la coordination des multiples services du domicile, mais à partir du moment où il n'y a pas d'aidants ça devient rapidement compliqué. Et je dirais que la principale perte d'autonomie aussi, je pense qui va faire basculer d'un maintien à domicile à une entrée en institution, ça va être le besoin de présence la nuit. S'il n'y a pas d'aidant et qu'il y a besoin d'une présence la nuit, c'est principalement ça qui va faire basculer et va entraîner la nécessité d'une entrée en

institution. Le reste on peut facilement arriver à palier par la mise en place de services, mais on n'a quasiment pas de services qui interviennent la nuit.

M : Quelles sont les activités de la vie quotidienne les plus impactées par la dépendance ?

E2 : A partir du moment où il y a dépendance toutes ! Nous nos patients participent quasiment à plus aucune activité de la vie quotidienne. Enfin on n'a pas la totalité, mais on a une grande partie de nos patients qui sont alités les 3/4 de la journée, donc même les activités de loisirs ça devient compliqué, l'accès aux activités de loisirs ça devient compliqué. Donc la plupart du temps, ce sont des gens qui ont désinvesti complètement toutes les activités de la vie quotidienne. On va dire que la plus grosse dépendance, pour nous en tout cas, ce sont les soins d'hygiène et la préparation des repas. C'est sûr que s'ils ne sont pas autonomes pour faire leurs soins d'hygiène, ils ne vont pas préparer les repas. Mais les soins d'hygiène forcément, on intervient que s'il y a besoin de soins d'hygiène et de soins infirmiers.

M : Comment cette dépendance impacte leur vie quotidienne ?

E2 : A partir du moment où un patient ne va plus avoir la capacité d'assurer ses transferts seul, ça veut dire qu'il a besoin de quelqu'un pour tous les transferts, donc pour se lever, pour pouvoir changer de fauteuil, pour pouvoir se déplacer parfois au sein de son appartement. La qualité de vie est très rapidement impactée, puisque ce sont les patients qui vont être amenés à rester à l'endroit où le professionnel les aura installés. Donc ils ont plus de possibilités d'être autonome à n'importe quelle activité qui leur fait plaisir. Du coup, ils sont soumis à attendre la présence d'un tiers extérieur pour les accompagner sur les activités du quotidien. On a peu de patients finalement qui sont autonomes dans les déplacements à l'intérieur du logement, à partir du moment où on a des patients très dépendants. Donc forcément leur qualité de vie, ils sont très peu participatifs sur toutes les activités du quotidien, si ce n'est peut-être la télé qui reste une activité que la plupart de nos patients vont pouvoir réaliser seul, donc regarder la télé, mais sinon avec les problèmes de vue, ils vont forcément ne plus lire, ils ne vont pas forcément s'impliquer dans les autres activités du quotidien. Et ma collègue rajoute qu'ils vont être isolés socialement.

**M : Quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?**

E2 : Je pense que les patients ne se posent pas la question en fait de leur qualité de vie. Ils émettent, enfin moi je vois, dans les patients qu'on va avoir, ils sont vraiment dans l'attente déjà de compensation des actes essentiels de la vie quotidienne, et donc ils sont peu dans la réflexion autour de la qualité de vie. On va dire que la qualité de vie, c'est d'être confortable, de ne pas souffrir ou le moins possible, d'avoir des soins de qualité pour se sentir bien corporellement. Mais le regard qu'ils ont sur leur qualité de vie, bonne question ! Je pense que l'on ne met pas le critère de qualité de vie au même niveau. Personnellement je dirais qu'au niveau qualité de vie, la plupart étant privés de participation sociale dans toutes les activités significatives doivent être en grande restriction au niveau de leur qualité de vie. Maintenant, eux, est-ce qu'ils arrivent à porter ce regard là-dessus, je ne suis pas sûre. La plupart sont vraiment dans une attente déjà d'être confortable et d'être bien accompagné d'un point de vue des actes essentiels. Et du coup, je pense qu'ils se posent peu la question du reste des autres activités plaisir et loisirs qui pourraient améliorer leur qualité de vie. C'est une qualité de vie du coup, qui va être beaucoup impactée par le bien-être corporel et se sentir déjà bien.

**M : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes ?**

E2 : Alors mon accompagnement va principalement se centrer sur leur autonomie, essayer de maintenir au maximum leur autonomie. Tout ce qui va être mobilité et participation aux soins. Donc mon intervention, ça va être de rendre autant que possible leur participation aux soins d'hygiène parce que c'est ce pourquoi on intervient. Mais moi je ne peux pas me permettre d'aller intervenir sur tous les aspects de leur qualité de vie, parce que je suis à mi-temps donc mon action va se limiter sur les temps d'hygiène. Du coup, mon objectif de la qualité de vie ça va vraiment être déjà d'accompagner mes collègues sur du positionnement, justement pour un confort au niveau cutané et limiter les risques cutanés. Et aussi de favoriser leur autonomie par la mise en place de bon matériel, notamment dans l'aide à la mobilité au bon moment pour qu'ils puissent être le plus autonome possible et qu'ils puissent continuer à participer activement à leurs soins, leurs transferts et à leurs déplacements.

M : Est-ce que l'amélioration de la qualité de la qualité de vie fait partie de vos objectifs ?

E2 : Alors je ne suis pas sûre de le poser en termes d'amélioration de la qualité de vie. Car pour poser l'amélioration de la qualité de vie, il faudrait qu'on soit vraiment dans l'élaboration d'un projet de vie globale et nous on s'attache vraiment, même si on voit de manière globale, mais on est vraiment sur un projet de soins et de soins thérapeutiques. Donc je l'avoue qu'on n'a jamais fait d'évaluation de la qualité de vie du patient pour la bonne et simple raison, que je pense que ça ouvrirait vers des besoins auxquels nous ne pouvons pas répondre en tant que service. Il faudrait qu'on, enfin on les oriente vers d'autres services, on essaie de coordonner avec les services d'aide à domicile pour leur bien-être, pour leur qualité de vie sur d'autres activités et sur d'autres aspects du quotidien. Mais notre service n'intervenant que sur cette partie des soins d'hygiène, on va dire que la qualité de vie c'est vraiment dans un bien-être pour qu'ils aient une fin de vie la plus confortable possible, dans un bien-être corporel.

**M : Utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?**

E2 : Absolument pas.

M : Connaissez-vous la pyramide de Maslow, avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement ?

E2 : Euh oui.

**M : Donc, selon la pyramide de Maslow, sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

E2 : Sur les besoins physiologiques et de sécurité. Les besoins de la base de la pyramide. Sécurité du corps, sécurité morale, de la santé, de la propreté. On est vraiment sur la 2<sup>ème</sup> base de la pyramide de Maslow.

**M : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

E2 : Alors moi je vais vraiment participer en essayant de rendre les soins les plus confortables, tant pour le patient que pour mes collègues, le plus longtemps possible pour qu'on puisse continuer à maintenir des soins de qualité et justement à pouvoir maintenir la réponse à ce besoin de sécurité et de propreté, comme ils le donnent dans la pyramide de Maslow. Donc, mon objectif, c'est vraiment de travailler avec mes collègues et avec les patients pour que ça

soit possible le plus longtemps, dans les meilleures conditions possibles, pour tous les 2 en fait.

M : Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?

E2 : Alors moi je dirais sur les 3 ! Mon action va être la plupart du temps sur l'environnement. On va dire que la plupart de mes actions vont être en termes d'adaptation de l'environnement tant architecturale que par la mise en place d'aides techniques. Les 3/4 du temps ça va être ça mes missions principales. Mais du coup à partir du moment où j'aurai réadapté l'environnement, la personne sera plus à même d'exploiter ses capacités, et donc plus autonome et participative dans l'activité. Donc ça a un impact sur les trois. J'interviens vraiment sur l'environnement et c'est en adaptant l'environnement et en mettant en place des aides techniques dans l'environnement que je vais pouvoir aider le patient à utiliser au maximum ses capacités et à le rendre le plus participatif possible dans l'activité.

M : **Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

E2 : La plupart du temps, on va dire que c'est du positionnement au fauteuil roulant. Positionnement au fauteuil roulant et mise en place d'aides techniques pour les transferts, le plus adapté possible à leurs capacités, pour qu'ils restent le plus autonome possible et qu'ils participent au mieux de leurs capacités sur les transferts.

M : Quelles sont vos interventions sur la personne ?

E2 : J'ai peu d'interventions sur la personne à proprement parler car je n'ai pas d'objectifs de rééducation. Donc je suis vraiment plus sur l'adaptation de l'environnement que sur un travail auprès de la personne en elle-même.

M : Quelles sont vos interventions sur l'activité ?

E2 : Sur l'activité c'est pareil. Mon intervention est vraiment centrée sur l'adaptation de l'environnement.

M : Quelles sont vos interventions sur l'environnement humain et matériel ?

E2 : Humain, on va dire qu'avec mes collègues...Sur l'aspect humain, ça va être beaucoup de formations, d'aide à la mobilité, de formations sur l'utilisation du matériel. Voilà beaucoup de

formations d'aide à la mobilité notamment, et de PRAP car je suis formatrice PRAP. Donc sur l'environnement humain, c'est tant auprès des familles et des aidants familiaux que des aidants professionnels. Et sur l'environnement matériel, ça va être principalement de la mise en place d'aides techniques, des essais d'aides techniques et des préconisations d'aménagements architecturaux.

M : Vous faites beaucoup de liens avec les aidants dans vos interventions ?

E2 : Avec des aidants professionnels déjà, avec tous mes collègues du SSIAD. Je ne peux mettre du matériel que si mes collègues l'utilise, donc il y a un gros travail de formation et de choix du matériel en collaboration avec mes collègues. Si mes collègues ne sont pas convaincus, je sais qu'ils ne l'utiliseront pas de la manière la plus efficace possible. J'ai un gros travail de collaboration avec les aides-soignants sur le choix du matériel, à la fois pour répondre à leurs besoins et à ceux du patient. Au niveau des aidants familiaux, c'est ce que je disais, beaucoup d'informations. Et on va dire que je passe beaucoup de temps à convaincre les aidants familiaux du bien-fondé de l'utilisation d'un matériel. Voilà, un travail d'argumentation sur l'utilisation de matériel.

M : **D'accord. Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie ?**

E2 : Sur l'amélioration de la qualité de vie des patients... Il faudrait leur poser la question et comme on ne leur pose pas, je ne sais pas trop quoi vous dire. On va dire, sur la qualité de vie, moi je la vois surtout sur la qualité de travail de mes collègues. Donc forcément si mes collègues ont une meilleure qualité de travail, ils vont pouvoir le faire de manière plus appropriée pour le patient, donc ils vont augmenter le confort et le bien-être auprès du patient. C'est plus dans ce sens-là que je le mettrais. Parce que si on prend la qualité de vie pure et dure, il faudrait interroger les patients. Si les soins sont plus adaptés, forcément ça aura un impact sur le bien-être du patient.

M : Pensez-vous que votre intervention permet d'améliorer la qualité de vie ?

E2 : J'espère oui.

M : Évaluez-vous l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?

E2 : Non, pas sur la qualité de vie.



M : Avez-vous des retours de la part des personnes âgées ou des familles ?

E2 : Oui, la plupart du temps ils se rendent compte que l'utilisation d'un matériel, d'une aide technique ou un aménagement va permettre de faciliter la participation de leur proche, ou pour la personne, sa propre participation dans l'activité. Donc ils en tirent un bien-être, car ils sont plus actifs, plus participatifs. Et de la même manière, ils se rendent compte aussi que les soins sont plus faciles et plus agréables à réaliser pour mes collègues, et donc ça améliore aussi leur bien-être à eux.

**M : Avez-vous des remarques supplémentaires à ajouter ?**

E2 : Non rien de plus.

### **3. Retranscription de l'entretien 3**

Moi (M) : **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Ergothérapeute 3 (E3) : J'ai été diplômé en 2000.

M : **Dans quelle structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?**

E3 : Mon dernier emploi c'est au sein de l'équipe ESA au CCAS et je suis là depuis 2016.

M : **Et quelles sont vos missions dans cette structure ?**

E3 : Donc c'est ergothérapeute au sein de l'Equipe Spécialisée Alzheimer. Vous voulez que je détaille les missions du service ?

M : Oui.

E3 : Alors je dirais qu'il y a trois missions principales au sein de l'ESA dans chaque accompagnement, qu'on fait de façon très générale. La première mission, c'est de proposer des temps de stimulation cognitive aux usagers. Notre deuxième mission, c'est d'essayer de trouver des moyens de compensations de la dépendance ou du manque d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Donc ça peut être des conseils en aides techniques, des aménagements du logement, etc. Et à mon avis, notre troisième mission, c'est la mise en place de relais. Donc la mise de relais, soit par exemple les accueils de jour, soit accompagné l'aidant à mettre en place un service d'aide à domicile, soit les mettre en lien avec les dispositifs d'aide aux aidants comme la plateforme d'accompagnement et de répit, etc.

M : **Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?**

E3 : On accompagne un public plutôt varié. Donc parfois même sans diagnostic précis, mais tous présentent des troubles cognitifs et des troubles mnésiques. Alors il y a effectivement des personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, mais aussi des personnes qui sont atteintes de la maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, etc.

M : **Quel est l'âge moyen de la population que vous accompagnez ?**

E3 : Je dirais entre 75 et 80 ans.

M : Quel est le niveau de GIR moyen ?

E3 : Je pense qu'on intervient quand les personnes sont à peu près en GIR 4. C'est souvent GIR 4, j'ai l'impression. Je n'ai pas d'analyse d'étude sous les yeux, mais je pense que c'est souvent GIR 4. Et je pense qu'on intervient souvent trop tard. Je pense que ce serait vraiment pertinent qu'on puisse intervenir plus tôt, mais la difficulté, c'est notre acceptation. Souvent, les personnes acceptent qu'on intervienne, surtout à domicile. Dans notre domaine privé, je pense qu'il faut vraiment qu'ils soient confrontés à des difficultés. Mais c'est dommage parce qu'il y aurait des choses qu'on pourrait mettre en place, peut être avec plus de pertinence si on intervenait plus tôt.

**M : Et quelles sont les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne, qui peuvent remettre en question le maintien à domicile ?**

E3 : C'est tellement varié, c'est compliqué. Ça dépend vraiment de chaque situation ça. Mais le maintien à domicile, je pense qu'il est souvent compromis par l'épuisement de l'aidant. Donc ça c'est une des difficultés majeures, c'est qu'avec l'augmentation des troubles, l'aidant est de plus en plus présent dans les actes de la vie quotidienne, et du coup, il se fatigue. Après ça peut être des mises en danger si la personne est toute seule, s'il n'y a pas d'aidants, ça peut être des prises de risques importantes, ça peut compromettre le maintien à domicile. Ou alors aussi l'apathie. Des personnes très apathiques qui ne font rien de la journée, qui ne sont pas stimulées, je trouve que ça compromet aussi le maintien à domicile.

M : Quelles activités de la vie quotidienne sont les plus impactées par la dépendance ?

E3 : Alors je me base beaucoup sur les échelles ADL et IADL. Dans un premier temps, on voit bien la dépendance s'installer dans les soins de base de l'échelle ADL, la toilette, l'habillage, la locomotion, tout ça. Et puis dans un second temps, plus sur tout ce qui est fonctions instrumentales de la vie quotidienne, donc tout ce qui est l'utilisation du matériel, le téléphone, le micro-onde, ça peut être la conduite, la préparation des repas, ça va crescendo comme ça.

M : Comment la dépendance impacte la qualité de vie des personnes âgées ?

E3 : Elle l'impacte par exemple, si on prend l'exemple des repas. Si la personne n'arrive plus à faire ses courses, à préparer ses repas, elle a une qualité de vie qui est entachée par sa dépendance.

**M : Quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?**

E3 : Ce n'est pas facile, parce que ça aussi ça dépend de la position dans laquelle ils se trouvent. S'ils sont dans le déni ou s'ils souffrent d'anosognosie, ils ne trouveront pas que leur qualité de vie est impactée par des difficultés, puisqu'ils ne les reconnaissent pas. Après, à l'inverse, on a des personnes qui sont très conscientes de leurs difficultés, qui en souffrent beaucoup et ont bien conscience de l'impact sur leur qualité de vie, du fait qu'ils peuvent plus sortir tous seuls parce qu'ils se perdent.

**M : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

E3 : En termes d'accompagnement purement ergo, je pense qu'on la cible très vite la qualité de vie, au moment des évaluations. Puisqu'on questionne justement la possibilité de se faire à manger, la possibilité de sortir, quels loisirs peuvent être faits, sur le plan social est-ce qu'ils rencontrent des personnes. Et quand on identifie une difficulté majeure, qui peut atteindre la qualité de vie et qui a de l'importance pour la personne, on essaye de mettre en place des choses pour améliorer ce point-là. Par exemple, quelqu'un qui se plaindrait d'isolement, on peut lui proposer l'accueil de jour.

M : Quels sont vos objectifs auprès de cette population ?

E3 : Ça aussi c'est très variable en fonction des situations. C'est ce qui me plaît à l'ESA, comme on intervient à domicile, on est vraiment dans le projet de vie de chaque personne. Mais là j'aurais envie de vous redire les 3 missions principales de l'ESA : la stimulation cognitive, la mise en place d'outils de compensations et d'aides techniques ou d'aménagements et la mise en place de relais. Mes objectifs, ce sont principalement ceux-là et puis ils sont affinés en fonction de chacun.

M : Est-ce que l'amélioration de la qualité de vie fait partie de vos objectifs ?

E3 : Indirectement oui. Je pense que c'est l'objectif ultime, l'amélioration de la qualité de vie, puisque chaque mission que je viens de décrire ça améliore la qualité de vie de la personne.

**M : Utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?**

E3 : Non, pas d'évaluation précise sur la qualité de vie.

M : Connaissez-vous la pyramide de Maslow, avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement ?

E3 : Alors oui.

**M : Donc, selon la pyramide de Maslow, sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

E3 : Alors le plus souvent... Je ne sais pas, mais je pense que sur tout ce qui est besoins physiques, physiologiques ça on intervient parce qu'on questionne très rapidement sur comment on fait à manger. Après tout ce qui est sécurité, protection, la sociabilisation, l'estime aussi, au travers des exercices de stimulation cognitive. Je pense qu'on intervient un peu sur tous.

**M : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

E3 : Alors ce que j'aimerais dire, c'est que pour participer au maintien à domicile, il y a un gros travail en partenariat à l'ESA qui se fait avec les assistants sociaux, avec les services d'aide à domicile, avec les partenaires des accueils de jour. Je pense qu'à l'ESA, on participe au maintien à domicile en faisant du lien avec tous ces autres professionnels qui peuvent permettre le maintien à domicile. On est en fait le petit trait d'union entre le patient et ces dispositifs d'aides. Parfois, ils leur manquent simplement un relais entre eux et le service pour pouvoir mettre en place, ils sont démunis sur comment on fait pour mettre en place tout ça.

M : Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?

E3 : Je ne crois pas qu'on améliore beaucoup les capacités, on détourne les difficultés mais on ne les améliore pas. Alors oui, on modifie les activités pour qu'elles soient toujours possibles et l'environnement aussi, on intervient beaucoup dessus.

**M : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

E3 : A l'ESA, on insiste beaucoup sur tout ce qui est la sociabilisation et les liens sociaux parce qu'on voit qu'il y a beaucoup d'isolement.

M : Quelles sont vos interventions sur la personne ?

E3 : On n'intervient pas spécialement sur la personne.

M : D'accord. Et quelles sont vos interventions sur l'activité ?

E3 : Ça dépend des activités mais c'est tout ce qui est aménagements, compensations. Par exemple, l'utilisation du micro-onde donc ça serait l'activité, si la personne ne sait plus faire, on ne va pas intervenir sur la personne, mais on va intervenir sur l'activité en simplifiant l'utilisation de cet outil.

M : Et enfin, quelles sont vos interventions sur l'environnement humain et matériel ?

E3 : L'environnement humain on aurait plutôt tendance à le renforcer. Et l'environnement matériel à le simplifier.

**M : Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

E3 : Oui. Déjà, à la fin de chaque accompagnement on a une enquête de satisfaction qui nous permet d'avoir un retour sur ce qui a pu être fait et la réponse à leurs attentes. Et souvent c'est positif. Donc oui, je pense qu'on contribue à améliorer la qualité de vie à l'ESA.

M : Pensez-vous que votre intervention permet d'améliorer la qualité de vie ?

E3 : Oui du coup. Sinon je rends mon tablier.

M : Est-ce que vous évaluez l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?

E3 : Par l'enquête de satisfaction du coup, mais ce n'est pas uniquement sur la qualité de vie. C'est sur le fonctionnement du service, etc. Mais indirectement il y a une lecture sur l'amélioration de la qualité de vie au travers de ces enquêtes.

M : Avez-vous des retours de la part des personnes âgées ?

E3 : Oui oui, on en a. Je pense que quasiment chaque accompagnement se termine par un retour par l'enquête et de toute façon, moi-même, en fin d'accompagnement, je réalise une évaluation finale. Là aussi c'est un moment de rencontre où on évalue tout ça.

M : Avez-vous des retours de la part des familles ?

E3 : Oui. L'enquête de satisfaction, on l'adresse à la personne qui a interpellé notre service. C'est souvent l'aidant, les enfants, il arrive que soit la personne elle-même, mais ça reste assez exceptionnel.

**M : Avez-vous des précisions ou des informations complémentaires à apporter ?**

E3 : J'espère que ça vous a apporté ce que vous attendiez, et puis s'il y avait besoin d'autre chose n'hésitez pas à me rappeler.

#### **4. Retranscription de l'entretien 4**

Moi (M) : **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Ergothérapeute 4 (E4) : Je suis diplômée depuis 2016.

M : **Dans quelle structure travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?**

E4 : Je travaille dans un SSIAD donc un Service de Soins Infirmiers à Domicile depuis septembre 2020.

M : **Quelles sont vos missions dans cette structure ?**

E4 : Alors mes missions d'ergothérapeute sont de sécuriser l'environnement, le domicile de la personne âgée, maintenir les capacités résiduelles en termes de mobilité, capacités physiques. On a aussi toutes une facette évaluations des gestes de la vie quotidienne, notamment le repas, les toilettes, les toilettes au lit, plus dans le but de savoir s'il faut un ou deux soignants. L'objectif principal est la réadaptation de l'environnement. Au niveau de la structure, il y a le versant auprès des soignants. Que ce soit de la formation du matériel médical, de la prise d'informations concernant le suivi des patients, l'évaluation initiale pouvant être en commun avec l'infirmière de coordination pour, dès le début, mettre en place le matériel nécessaire, ou évaluer les besoins et si c'est une toilette avec un ou deux soignants. Il y a tout le travail de collaboration avec la psychologue, les aides-soignants, les infirmiers, parfois les kinésithérapeutes extérieurs, car nous n'en avons pas dans la structure, les assistantes sociales, etc. Il y a un gros travail de collaboration je trouve, surtout à domicile car nous ne sommes pas en structure, donc parfois, on ne peut pas faire de lien direct.

M : **Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?**

E4 : J'accompagne des personnes âgées de plus de 60 ans aillant besoin de soins infirmiers à domicile ou d'aides ménagères car la structure est un SSIAD et également un SAD, un service d'aide à domicile. Donc des personnes avec des capacités physiques limitées ou cognitives limitées, de plus de 60 ans.

M : **Quel est l'âge moyen ?**

E4 : Je ne peux pas vous répondre de façon certaine. Je dirais environ 75 ans.



M : Quel est le niveau de GIR moyen ?

E4 : Je dirais GIR 2/3.

**M : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne, pouvant remettre en question le maintien à domicile ?**

E4 : Je dirais le confort et la sécurité, car ce sont des personnes au domicile qui vont énormément chuter et qui vont être en danger chez eux. Et l'autre point, c'est quand toutes les aides matérielles sont mises en place comme les lits médicalisés, fauteuils releveurs, déambulateurs, mais qui ne répondent plus aux besoins de la personne parce qu'il y a aussi des contraintes architecturales, comme un appartement trop exigü, limitant le maintien à domicile.

M : Quelles activités de la vie quotidienne sont les plus impactées par la dépendance ?

E4 : J'ai envie de vous dire tout dépend de quelle dépendance. Si on est sur des déficiences cognitives, ça va être toute la réadaptation plus sur le versant social. Et si ce sont des capacités physiques, ça va être la toilette principalement, l'accessibilité extérieure du logement donc pouvoir se déplacer à l'extérieur, parfois la préparation des repas aussi, pouvoir manger seul.

M : Comment la dépendance impacte la qualité de vie des personnes âgées ?

E4 : La qualité de vie est très impactée par l'isolement social et par la dépendance physique. C'est dur d'évaluer la qualité de vie. Certaines personnes ne vont pas vouloir changer leur quotidien, ils vont refuser les aides et préfèrent prendre des risques à domicile, préfèrent avoir un risque de chutes très élevé plutôt que de prendre un déambulateur, car pour eux la priorité c'est qu'ils n'aient pas de dépendance à un matériel médical. Certains vont accepter, d'autres refuser. Donc la qualité de vie est finalement très difficile à évaluer.

**M : Quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?**

E4 : C'est très subjectif je dirais. La difficulté aussi, c'est qu'il y a parfois la famille qui est autour et qui essaye d'influencer la personne âgée pour son bien-être, mais ce n'est pas toujours accepté. En tant qu'ergothérapeute, j'ai plus tendance à aller dans le sens de la personne en leur disant « je suis ergothérapeute, voilà mes préconisations, mais vous restez décisionnaire, c'est vous qui choisissez. Vous préférez prendre le risque de chuter, vous préférez ne plus

pouvoir sortir de chez vous ». Voilà c'est leur souhait. Je ne m'impose pas, surtout dans un service de soins à domicile, on se doit toujours de respecter le désir du patient. Mais là on est vraiment confronté au fait qu'on n'a pas d'impact, on vient juste leur proposer le mieux pour eux, après c'est à eux de prendre la décision. La qualité de vie, je trouve, dépend finalement plus de leur propre désir.

**M : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

E4 : Je suis plus dans un objectif préventif et de conseils. Car parfois la mise en place de matériel médical est un peu violente pour eux, c'est être face à sa dépendance, donc il faut y aller en douceur. Il faut aussi un accompagnement auprès de la famille pour qu'ils soient aidants et qu'ils aillent dans notre sens, ce n'est pas toujours le cas. Et puis parfois, le maintien à domicile n'est pas toujours possible par rapport aux contraintes architecturales, et là malheureusement, je trouve qu'on arrive à la limite de la qualité de vie du patient. Et parfois, la mise en institution est préférable pour la qualité de vie de la personne. Mais en tant qu'ergothérapeute, c'est un accompagnement global des désirs et des volontés de la personne et de la famille, de son entourage, des limites de l'environnement matériel, architectural, familial. C'est une prise en charge globale.

**M : Quels sont vos objectifs auprès de cette population ?**

E4 : Favoriser le confort et la sécurité de la personne âgée par des adaptations de matériel, des préconisations et parfois des travaux d'aménagements. Diminuer le risque de chute à l'intérieur et l'extérieur du domicile. Et un accompagnement parfois social auprès des autres collaborateurs, type assistante sociale de quartier et d'autres prestataires extérieurs. Il y a aussi un versant accompagnement et formation des soignants pour le matériel mis en place car tout le monde n'est pas forcément habitué à utiliser un lève-personne. Il y a aussi l'évaluation des actes de la vie quotidienne, le repas, la toilette.

**M : Est-ce que l'amélioration de la qualité de vie fait partie de vos objectifs ?**

E4 : Oui bien sûr, complètement. Mise à part le fait que, dans mes objectifs, pour moi la qualité de vie n'est pas un objectif direct, c'est plus un objectif implicite. En tant qu'ergothérapeute, nous sommes toujours dans le bien-être et la qualité de vie de la personne tout en la respectant. Donc pour nous la qualité de vie, ça serait d'enlever tous les tapis du domicile de

la personne pour sa sécurité mais la personne ne le veut pas. Donc savoir ce qui est la qualité de vie est aussi une question sous-jacente.

**M : Utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?**

E4 : Non pas du tout. Mais je trouve que votre réflexion est intéressante et on pourrait, en effet, se poser la question d'un outil pour évaluer la qualité de vie.

M : Connaissez-vous la pyramide de Maslow, avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement ?

E4 : Oui oui.

**M : Alors, sur quels besoins de la pyramide intervenez-vous le plus souvent ?**

E4 : Les tout premiers je dirais. Le premier et le deuxième, physiologiques et sécurité. Après je pense qu'on a un impact sur les autres mais pas directement. Je pense qu'on les atteint tous. Mais dans nos premiers actes, dans nos premières interventions, on répond aux premiers et aux deuxièmes besoins. Et implicitement, après, on intervient sur les autres.

**M : D'accord. Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

E4 : Par la mise en place de matériel médical, l'accompagnement des familles, faire accepter le matériel. Une évaluation aussi des besoins pour savoir exactement quel matériel spécifique il faut et qui soit adapté aux besoins de la personne.

M : Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne, sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?

E4 : Je dirais les trois.

**M : Et que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

E4 : De la préconisation par des conseils matériels et non matériels.

M : Quelles sont vos interventions sur la personne ?

E4 : Physiquement, par l'évaluation par exemple aux transferts, l'évaluation au niveau de la chute. Je fais aussi des mises en situations extérieures pour habituer la personne à une aide à la marche, par l'essai de matériel aussi avec eux directement.

M : Et quelles sont vos interventions sur l'activité ?

E4 : Evaluation au niveau de la toilette, du repas.

M : Et enfin, quelles sont vos interventions sur l'environnement humain et matériel ?

E4 : Humain, accompagnement de la personne, même dans la démarche psychique pour qu'elle comprenne son risque de chute, car souvent les personnes sont dans un déni, donc la mise en place d'un bilan Tinetti afin qu'elles voient leurs difficultés. Accompagnement de la famille avec beaucoup de discussions par mail, par téléphone, de visites à domicile. Et sur l'environnement matériel, soit c'est de la mise en place de matériel, soit ce sont des travaux d'aménagement, essentiellement de la salle de bain pour l'accessibilité de la toilette. Que ce soit pour eux ou pour faciliter les soignants à aider à la toilette, par la mise en place de barres d'appui, tabouret, de douche. Pour les WC également. J'ai également mis en place des choses pour les chambres, le lit médicalisé. Je dirais, en tant qu'ergothérapeute, toutes les pièces d'un appartement. Ça renvoi à la prise en charge globale comme j'ai pu vous le dire.

**M : Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

E4 : Oui ! C'est plus dans le ressenti car comme je vous disais nous n'avons pas d'évaluation, on ne quantifie pas du tout. Mais on peut avoir des retours très positifs sur une personne qui, grâce au rehausseur de WC, n'a plus besoin de se cramponner au mur. Ou par exemple, on a des signalements chutes, et pour une personne, à la suite de notre intervention nous n'avons plus de signalement chute. Ou aussi sur le positionnement, on met en place des coussins de positionnement pour limiter les escarres, donc grâce à un matelas à air ou à des coussins de positionnement l'escarre s'est résorbée, avec aussi le travail en collaboration des infirmiers, etc. Donc pas directement, mais indirectement oui.

M : Pensez-vous que votre intervention permet d'améliorer leur qualité de vie ?

E4 : Oui, bien sûr. Surtout en tant qu'ergothérapeute. Aussi avec tout le travail de collaboration. Mais nous sommes là pour améliorer la qualité de vie de la personne âgée.

M : Évaluez-vous l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?

E4 : Non du tout.

M : Avez-vous des retours de la part des personnes âgées ? Des familles ?

E4 : Oui. Des familles oui, mais pas tout le temps, mais ça peut arriver qu'on ait des retours positifs sur la mise en place de certaines choses. Mais pas toujours, c'est vraiment en fonction de la personne. Parfois, on n'arrive pas à améliorer la qualité de vie de la personne car on n'a pas trouvé la solution, l'adaptation qui correspondait et qui répondait à tout leur besoin, donc c'est très variable. Mais oui, heureusement qu'on a des retours positifs.

**M : Avez-vous des précisions ou des informations complémentaires à apporter ?**

E4 : Non. Mais c'est assez frustrant car j'aimerais vous dire plein de choses sur la qualité de vie. Je trouve que c'est très intéressant votre sujet, car c'est très difficile à évaluer la qualité de vie et c'est très propre à chacun donc je pense que c'est un bon mémoire.

## **5. Retranscription de l'entretien 5**

Moi (M) : **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Ergothérapeute 5 (E5) : Depuis 2015. Et j'ai fait un master après, donc du coup j'exerce que depuis 2017.

M : **Dans quelle structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?**

E5 : Je travaille dans un SPASAD depuis 2 ans et demi.

M : **Quelles sont vos missions dans cette structure ?**

E5 : Je travaille avec les aides-soignants, les infirmiers et l'équipe pluridisciplinaire donc une diététicienne, les psychologues et bien sûr les infirmiers coordinateurs. Du coup, en tant qu'ergothérapeute, on essaye de maintenir les capacités de la personne dans son environnement donc le domicile, par des aides techniques le plus souvent et on essaie de maintenir le bon travail des aides-soignants au niveau des manutentions. Donc, pour ça on met en place du matériel tel que les verticalisateurs, les lève personnes et on essaie de les former aussi. On fait des formations auprès des aides-soignants pour justement les éduquer aux bonnes manutentions.

M : **Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?**

E5 : On accompagne des personnes âgées principalement. On a quelques personnes adultes en situation de handicap, mais très peu. La plupart des personnes, ce sont des personnes âgées. Je suis aussi dans l'équipe spécialisée Alzheimer, du coup je m'occupe de personnes qui présentent des troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées, donc maladie à corps de Lewy, etc.

M : **Quel est l'âge moyen de la population ?**

E5 : Je dirais 85 ans.

M : **Quel est le niveau de GIR moyen ?**

E5 : Je dirais GIR 2... Plutôt GIR 1 peut être.

**M : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne, pouvant remettre en question le maintien à domicile ?**

E5 : Du coup, dans le cadre du SSIAD, c'est plutôt une aide à la toilette, une aide pour se lever et une aide pour la petite toilette pour changer la protection si besoin ou faire les soins de la petite toilette intime. Après les autres difficultés très importantes qu'on rencontre le plus souvent, ce sont les transferts, se mettre debout, s'asseoir, s'allonger sur le lit, sur une chaise, etc., et les déplacements.

**M : Quelles activités de la vie quotidienne sont les plus impactées par la dépendance ?**

E5 : Je pense que c'est la toilette dans un premier temps. En tout cas c'est ce pourquoi le SSIAD intervient en premier lieu, et ensuite on met en place des aides au déplacement, etc. Je dirai ça. Ou le déplacement, quoique le déplacement c'est aussi important. Souvent, ce sont des personnes qui, en tout cas dans leur appartement, peuvent se déplacer mais à l'extérieur c'est plus possible.

**M : Comment la dépendance impacte la qualité de vie des personnes âgées ?**

E5 : Le fait d'avoir peut-être besoin de quelqu'un, et du coup ça diminue son estime de soi et donc sa qualité de vie certainement. Et, par exemple, si on imagine qu'elle est dépendante et qu'elle a des difficultés pour se déplacer, elle va peut-être réduire son cercle social, son cercle d'amis et du coup être plus isolée chez elle. Et donc l'isolement et le manque de communication extérieure va réduire sa qualité de vie.

**M : Quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?**

E5 : Je n'en ai pas spécialement notion, je n'ai jamais fait passer d'évaluation de la qualité de vie. Ça dépend vraiment des personnes, c'est très aléatoire. Pour les personnes qui ont tendance à être plus dépressives, à broyer du noir, la dépendance va être vraiment quelque chose de négatif pour elles et elles vont s'enfermer encore plus sur elles-mêmes. Donc la qualité de vie va encore plus diminuer. Alors que les personnes qui ont la joie de vivre et pour lesquels la dépendance n'est qu'accessoire, je pense qu'elles le vivent beaucoup mieux. C'est difficile de répondre à cette question.

**M : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

E5 : On met surtout en place du matériel, des aides aux transferts, des guidons de transfert, des verticalisateurs, des lève-personnes pour les aides aux transferts. Et sinon pour les déplacements, tout ce qui est cannes, surtout déambulateurs, rollators à 4 roues. Ensuite, comme je disais tout à l'heure, la cause principale de l'intervention du SSIAD, c'est l'aide à la toilette, et du coup dans ce cas-là, c'est de la mise en place des aides humaines. Comment est-ce que les aides-soignantes interviennent au domicile et comment on les accompagne dans cette intervention. Et donc nous, en tant qu'ergothérapeute, on intervient pour la mise en place du protocole de soins. Donc on dit aux aides-soignantes ce qu'elles doivent faire, si la douche est possible, si c'est une toilette sur un siège pivotant, du coup, là c'est nous qui le mettons en place ce siège pivotant sur la baignoire. Si c'est une toilette au lit, si c'est une toilette au lavabo, etc.

**M : Quels sont vos objectifs auprès de cette population ?**

E5 : Les objectifs c'est d'essayer de maintenir au mieux les capacités de la personne. Toujours partir de ses capacités et pas de ses incapacités, pour essayer justement de la valoriser. Et les objectifs c'est surtout améliorer et sécuriser, surtout sécuriser, les déplacements au domicile.

**M : Utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?**

E5 : Non, pas du tout. A domicile, c'est vraiment difficile d'utiliser des outils et on est sur une population qui a tendance à évoluer très vite, que ce soit positivement ou négativement. Quand une personne rentre d'hospitalisation, son état de santé va évoluer très vite, dans le sens où elle est retournée dans son lieu de vie, donc chez elle. Et du coup, elle peut reprendre ses habitudes d'avant et le fait d'être dans son milieu de vie peut être plus agréable pour elle et donc récupérer plus facilement et rapidement. Je pense que des évaluations standardisées, que ce soit la qualité de vie ou une autre, nous serions sans cesse en train d'en passer pour réévaluer les choses. Je fais surtout par l'observation, par des entretiens comme on le fait actuellement ou beaucoup de mises en situation.



M : Connaissez-vous la pyramide de Maslow, avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement ?

E5 : Oui oui.

**M : Alors, selon la pyramide de Maslow, sur quels besoins intervenez-vous le plus souvent ?**

E5 : La sécurité, directe je ne réfléchis pas. La sécurité vraiment. Alors oui, en tant qu'ergothérapeute, sur la sécurité et physiologiques pour les aides-soignantes et les infirmières dans le cadre du SSIAD. Et sur l'accomplissement, dans le sens où on est souvent en train de valoriser la personne pour essayer de maintenir son estime de soi et maintenir ses capacités.

**M : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

E5 : Il y a plein de choses. En mettant du matériel en place pour essayer de maintenir au mieux les capacités. Par exemple, pour les déplacements mettre en place des déambulateurs, des aides aux transferts, etc. Après ce n'est pas forcément lié à l'estime de soi, un peu mais indirectement, parce qu'on agit sur ça et du coup ça a un impact sur son estime de soi.

M : Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne, sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?

E5 : C'est un peu lié parce que nous au SSIAD on intervient forcément sur l'environnement. Mais du coup, ce qui modifie en quelque sorte les activités de la personne, quoi que ça ne les modifie pas... On essaie au mieux de garder l'activité. Du coup, on essaie de limiter la modification de l'activité en agissant sur son environnement. Donc je dirais l'environnement. Maintenir les capacités en modifiant l'environnement mais dans le but de ne pas modifier les activités.

**M : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

E5 : Je n'agis pas directement sur la qualité de vie donc c'est difficile à dire. On essaie de mettre en place des moyens pour maintenir cette qualité de vie mais c'est indirectement. On essaie de répondre surtout à un problème, à une difficulté au niveau de son activité. Par exemple, elle a des difficultés pour marcher, du coup on va mettre en place du matériel pour

l'aider à se déplacer, donc ça va avoir un impact sur son estime de soi, puisque ça va lui permettre de continuer à se déplacer en toute sécurité.

M : Quelles sont vos interventions sur la personne ?

E5 : Au niveau de mon intervention, j'essaie de toujours valoriser la personne, de partir de ses capacités. Après si son état psychologique, si son estime de soi ou sa qualité de vie sont altérées dans le sens où elle serait plus en état dépressif, là je passe le relais à la psychologue par exemple. Donc je fais des relais auprès des professionnels ou on peut faire des relais aussi avec les partenaires, par exemple, la mise en place d'activités culturelles ou d'activités avec l'éducatrice d'activité physique adaptée ou avec la psychomotricienne.

M : Quelles sont vos interventions sur l'activité ?

E5 : Même si je ne fais pas passer d'évaluation standardisée, je fais quand même une évaluation lors de ma première visite pour voir un peu toutes les capacités de la personne. Du coup, à chaque activité de la vie quotidienne, si elle a des difficultés, on rebondit dessus. Donc je donnais l'exemple des déplacements, après il y a les transferts, la toilette, les sorties, faire les courses, etc.

M : Pour finir, quelles sont vos interventions sur l'environnement humain et matériel ?

E5 : Au SSIAD, c'est nous qui mettons en place tout ce qui touche au matériel et à l'environnement, que ce soient des petites aides techniques ou des plus grosses aides techniques comme les lève-personnes, les verticalisateurs, les lits médicalisés. Ça peut être aussi un réaménagement de la chambre, du salon ou une adaptation de salle de bain avec changement de baignoire en douche, etc. Dans ce cas-là, on fait les plans et nous faisons le relais avec une entreprise. Après au niveau humain, j'ai la chance de travailler en SPASAD donc il y a un SSIAD qui est relié avec un service d'aide à domicile. Donc si je vois que la personne a des difficultés pour se préparer à manger et que le portage de repas n'est pas possible par exemple, et qu'elle a besoin d'une aide au quotidien pour s'occuper du linge, s'occuper de toutes les tâches ménagères, etc. Dans ce cas-là, on fait le relais auprès du service d'aide et donc ce seront des auxiliaires de vie qui vont intervenir au domicile pour accompagner la personne dans les tâches quotidiennes.

**M : Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

E5 : Oui quand même, et heureusement. En général elles sont satisfaites. Même si toutes les personnes n'acceptent pas directement ce qu'on peut leur proposer comme aide. Par exemple, si on propose un déambulateur, elles ont des difficultés pour accepter cette aide parce que c'est encombrant, ça fait handicapé, l'image de soi peut être atteinte. Mais, après elles sont contentes puisqu'elles reprennent leur indépendance et elles arrivent de nouveau à se déplacer. Après c'est aléatoire bien-sûr. Parfois, elles refusent catégoriquement et de toute façon elles n'utiliseront jamais l'aide. Mais oui, en général il y a quand même un bénéfice. Et heureusement sinon je ne trouverais pas de sens à mon travail.

M : Pensez-vous que votre intervention permet d'améliorer leur qualité de vie ?

E5 : Oui !

M : Évaluez-vous l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?

E5 : Non, comme je disais tout à l'heure je ne fais pas d'évaluation standardisée.

M : Avez-vous des retours de la part des personnes âgées ? Des familles ?

E5 : Oui oui souvent, et qui sont positifs.

**M : Avez-vous des précisions ou des informations complémentaires à apporter ?**

E5 : Non je ne pense pas. Peut-être que ça aurait été plus facile pour moi, si je peux me permettre, ce serait d'avoir une idée d'une personne précise. Ce qui pourrait permettre de répondre plus précisément aux questions, plutôt qu'en globalité par rapport à tous les patients que je peux accompagner. Car chaque personne est différente, chaque logement est différent et l'entourage aussi.

## **6. Retranscription de l'entretien 6**

**Moi (M) : Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Ergothérapeute 6 (E6) : 2012, ça fait 9 ans.

**M : Dans quelle structure travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?**

E6 : Actuellement, je suis à temps plein en SPASAD. Ça regroupe 3 services. Il y a le SSIAD où il y a la prise en charge des personnes âgées, la prise en charge des personnes handicapées et l'Equipe Spécialisée Alzheimer. Et puis il y a un SAD, service d'aides à domicile, et un service mandataire. Alors je suis rentrée en juillet, juste après l'obtention du diplôme.

**M : Quelles sont vos missions dans cette structure ?**

E6 : Alors, je suis essentiellement ergo au niveau de l'Equipe Spécialisée Alzheimer à domicile. Donc là c'est réalisation de bilans, avec pour objectif de mettre en place un projet individualisé au niveau de séances de réhabilitation, d'accompagnement pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. J'ai également des missions sur le service de soins et sur le service d'aide à domicile, qui sont des missions d'accompagnement des personnes à domicile de tout type. Ça peut être la mise en place de matériel médical, le renouvellement s'il y a besoin, le changement, l'évolution en fonction des besoins de l'état de santé de la personne, et puis les conseils en aménagement de logement. Sur l'ESA, on fait de l'accompagnement de l'aidant et on fait aussi sur le SSIAD, du fait de mon poste d'ergo en fait, parfois j'interviens aussi pour l'accompagnement des familles quand l'acceptation des soins est un peu compliquée. J'ai toute une part administrative aussi parce qu'au niveau de l'ESA, je fais la trame, pas la rédaction du bilan d'activité mais la trame du bilan d'activité, c'est moi qui la suis. Il y a l'accompagnement des assistants de soins en gérontologie, au niveau de l'ESA, pour le suivi des projets individualisés forcément avec le bilan final à la fin.

**M : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?**

E6 : Alors au niveau de l'ESA, c'est pour les personnes âgées de plus de 60 ans officiellement et moins de 60 sur dérogation par l'ARS. Dans tous les cas, au niveau de l'ESA, ce sont des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, donc tout ce qui est maladies neurodégénératives, Parkinson, corps de Lewy, etc. Pas de Korsakoff, c'est exclu de nos critères d'admission. C'est sur prescription médicale avec diagnostic posé ou diagnostic

en cours. Ensuite, le SSIAD a les 2 versants, personnes âgées et personnes handicapées. Donc personnes âgées de plus de 60 ans et personnes handicapées de 18 à 60 ans. Forcément à 60 ans, les personnes handicapées passent en catégorie personnes âgées. Au niveau du SAD, service d'aide à domicile, il y a toutes les prises en charge APA donc plus de 60 ans, les PCH de moins de 60 ans. Il n'y a pas vraiment de critère d'âge au niveau du SAD puisque les prises en charge peuvent être en payant. Sachant que si j'interviens, c'est forcément de la personne handicapée ou de la personne âgée pour des interventions matérielles, aménagements du logement, etc.

M : Quel est l'âge moyen ?

E6 : Alors... Je regarde sur le bilan que l'on a fait... 78,9 ans hommes et femmes confondus.

M : Quel est le niveau de GIR moyen ?

E6 : La moyenne du GIR est 3,5.

**M : Est-ce que vous pouvez me décrire les difficultés que les personnes rencontrent dans leur vie quotidienne qui peuvent remettre en question le maintien à domicile ?**

E6 : La plus grande difficulté qui remet en cause le maintien à domicile, essentiellement ce sont les troubles cognitifs avec une mise en danger qu'on ne peut pas gérer. Parce que quand on se retrouve avec une personne qui a gardé des capacités physiques assez grandes, mais qui a des troubles cognitifs majeurs, on a des mises en danger qui sont très importantes et qu'on ne peut pas pallier. Malgré la multiplication des passages, malgré la mise en sécurité de pas mal de choses, on ne peut pas pallier une fuite de gaz, une fuite d'eau. Voilà, il y a des gens qui se mettent encore en danger. Et ça, pour moi, c'est le plus gros frein au maintien à domicile. Voilà, ce sont plus les troubles cognitifs et le besoin de soins la nuit, ça aussi ça va causer un souci. Des gens qui ont besoin de soins la nuit sur un service d'aide à domicile, il n'y a pas beaucoup de gardes de nuit, ça coûte une fortune. Donc s'il faut mettre en place des soins la nuit, effectivement, ça devient un frein au maintien à domicile.

M : Quelles activités de la vie quotidienne sont les plus impactées par la dépendance ?

E6 : La toilette. Les premières interventions en général, si je prends le plan classique, pour moi, en général on commence par une aide-ménagère donc c'est tout ce qui est grosses tâches ménagères, l'entretien des sols et poussières. Ensuite on arrive sur des aides toilettes, les

dos/pieds, on commence sur un dos/pieds, on finit par une aide toilette plus ou moins complète ou partielle. Et puis il y a l'aide aux repas, s'il y a aide toilette souvent l'aide aux repas est combinée. Soit la famille compense, soit il y a l'aide aux repas. Parfois, l'aide aux repas n'est pas systématique avec l'aide toilette mais c'est essentiel de compenser.

M : Comment la dépendance impacte la qualité de vie des personnes âgées ?

E6 : La perte d'autonomie. La perte de choix d'horaires, parce que sur des services d'aide à domicile, tout le monde ne peut pas être lavé à 8h et tout le monde ne peut pas être couché à 20h. Donc forcément, ça a un impact sur leur vie quotidienne et sur leur rythme de vie. Il y a aussi, je trouve, sur les repas les gens souvent disent « ce qu'elle me fait à manger en une demi-heure, ça n'a pas la qualité de ce que je faisais moi à manger ». Donc c'est plus la dépendance qui va faire perdre de la qualité de vie. Voilà les repas, le choix, le choix de l'horaire, le choix de quand je vais me coucher. Malheureusement on fait perdre des possibilités de choix à la personne, la perte de décisions.

M : Quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?

E6 : En général au domicile je ne les trouve pas trop insatisfaits. Je pense qu'ils ont, d'une manière générale, déjà la satisfaction de pouvoir rester à leur domicile, d'être chez eux, c'est majeur, quand on discute c'est vraiment important. Quand on arrive avec du matériel, quand on commence à dire qu'il va falloir multiplier les aides, ce qui leur fait peur c'est de ne plus pouvoir rester à la maison. Je pense que c'est une grande peur, mais ce n'est que mon avis.

**M : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

E6 : Je vais parler essentiellement du SSIAD et SAD. Quand je fais une intervention pour la mise en place de matériel ou pour un aménagement de logement, mon objectif est de maintenir un maximum l'autonomie. Qui dit maintien de l'autonomie, dit par exemple le simple fait de continuer à aller aux toilettes seul. Donc niveau qualité de vie maintenir un change à peu près propre toute la journée et pas un change souillé entre chaque passage des auxiliaires. C'est plus la mise en place de matériel qui va pouvoir permettre de compenser un handicap et de maintenir un maximum l'autonomie de la personne. C'est en ça qu'on va améliorer la qualité de vie. Au plus ils sont autonomes, au plus on répond à leurs attentes, et au mieux on améliore leur qualité de vie je trouve.

M : Quels sont vos objectifs auprès de cette population ?

E6 : Maintien de l'autonomie, maintien des capacités résiduelles aussi. Je me bats beaucoup avec les soignants, mais parfois même avec la famille pour éviter la surmédicalisation. Par exemple, ça m'est arrivé plusieurs fois depuis que j'interviens beaucoup plus sur le SSIAD et le SAD, de mettre en place des verticalisateurs à la demande de certaines auxiliaires de vie, car en fonction du physique de la personne elles n'ont pas les mêmes capacités à gérer le transfert. Mais quand je fais ça et que je sais que certaines personnes sont capables de gérer, ou quand je sais que le patient est capable de gérer le matin et pas le soir, j'ai toujours ce réflexe de donner pour consigne de favoriser au maximum, par exemple, le guidon de transfert et de n'utiliser le verticalisateur que quand ils sentent que la personne est fatiguée ou faible, soit le soir, ou pour une raison X ou Y. Mais toujours de maintenir et de stimuler au maximum les capacités résiduelles. C'est super important. Moins ils en font et moins ils en feront.

M : Est-ce que l'amélioration de la qualité de vie fait partie de vos objectifs ?

E6 : Oui. Même sur l'ESA quand on prend en charge quelqu'un pour la première fois. Amélioration de la qualité de vie et sécurisation du quotidien sont mes premiers objectifs. Sécurisation du quotidien avec mise en place de tout le nécessaire niveau aide, rappel de téléalarme, indice de comment on fait pour appeler les pompiers, qu'est-ce qu'il faut prendre le soir. Tout ce qui peut être mis en place en rappel et en sécurité du quotidien. Alors oui, améliorer la qualité de vie forcément. On n'intervient pas pour autre chose.

**M : Utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?**

E6 : Non pas du tout. A part en ESA, sinon sur le SSIAD et le SAD je n'utilise pas beaucoup d'outils. J'ai un bilan domicile que j'ai fait pour les demandes de financement de matériel. Donc là effectivement, il faut un bilan normalisé donc j'ai fait mon petit bilan pour avoir un bilan correct et complet à envoyer aux différentes structures d'aides financières. Et sur l'ESA, les tests cognitifs et c'est tout.

M : Avez-vous connaissance de la pyramide des besoins de Maslow, avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement ?

E6 : Oui.

**M : Donc selon la pyramide de Maslow, sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

E6 : Alors, les besoins physiologiques ce n'est pas forcément mon domaine. Parce que physiologique, c'est respirer etc., donc ça ce n'est pas pour moi. Se sentir en sécurité si. Je pense que se sentir en sécurité au moment d'un transfert, quand on met en place du matériel, c'est un peu ce qu'on fait, quand un transfert devient moins sécurisé. Donc là oui j'interviens. Besoin d'appartenance, je n'interviens pas forcément, ce serait trop ponctuel. Après besoin d'estime, on intervient toujours un peu. L'estime de soi c'est plus une intervention, ce n'est pas normalisé dans le sens où ça correspond à valoriser les acquis, les compétences, les capacités résiduelles. Donc là oui, moi je garde mon +++ dans la tête et j'essaie de rester positive à 100% avec les patients pour leur envoyer aussi toutes leurs capacités. Je pense qu'ils sont déjà bien assez dans le négatif eux-mêmes. Et besoin d'accomplissement, au niveau des loisirs, ça m'est arrivé d'intervenir. Ça m'arrive de réorienter, ça va m'arriver d'intervenir plus là-dessus au niveau de l'ESA, parce qu'au niveau du SSIAD/SAD, je vais plus être sur l'installation et la mise en sécurité à la fois du patient et du personnel. Cependant, l'accès aux loisirs, je n'ai pas énormément de temps pour le gérer. Si c'est un accès aux loisirs qui est assez simple à mettre en place avec des aides techniques assez classiques ça va aller. Ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps, d'intervenir sur une personne qui est atteinte de SEP pour laquelle il faudrait revoir l'accès aux loisirs pour l'accès informatique ou au lit. Là j'ai demandé une orientation ESPRAD, c'est un service qui aura le temps d'intervenir. Moi je n'ai pas le temps. Concrètement, il faut savoir dire quand on ne peut pas et je ne peux pas. Sinon je ne vais pas faire de la bonne qualité de travail.

**M : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

E6 : J'y participe par la mise en place du matériel médical, la mise en place des aides. Quand je vais en visite, que ce sont les auxiliaires de vie par exemple qui font la toilette, et que je me rends compte qu'au niveau du plan il n'y a pas assez, je vois avec mes collègues pour la réévaluation du plan d'allocation personnalisée d'autonomie, la majoration des aides. Puis les aménagements de logement, revoir parfois simplement l'agencement de pièces. Je pense que c'est essentiellement là-dessus.



M : Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne, sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?

E6 : Majoritairement sur l'environnement quand même. Parce qu'au niveau des capacités de la personne, rééducation, etc., il faut être honnête je n'ai pas le temps. Mais j'aimerais bien parfois mettre en place des ateliers.

**M : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

E6 : Le plus souvent... Il y a le matériel médical, mais pas forcément du matériel médical qui est prescrit. L'autre jour c'était aussi matériel médical ou installation quotidienne. Par exemple, l'installation dans un fauteuil avec un cale-pied et un repose-jambes à hauteur. Des choses qui seraient adaptées à l'amélioration du confort.

M : Quelles sont vos interventions sur la personne ?

E6 : Ça m'est arrivé de faire les réparations d'orthèses. Car, en ce moment particulièrement, aller en centre de rééducation ce n'est pas pratique. Puis, de faire les premiers transferts, ça m'arrive parfois. Si on utilise un verticalisateur ou un lève-personne, j'interviens sur le premier transfert pour rassurer la personne. Quand je fais les interventions ESA, ça m'arrive d'aller faire les séances au niveau stimulation cognitive, sécurisation, accompagnement sur le quotidien, accompagnement de l'aidant.

M : Quelles sont vos interventions sur l'activité ?

E6 : Du coup au niveau de l'ESA, c'est plus sur les activités de la personne. Je vais plus intervenir sur ce que la personne fait, sur ses activités de loisirs et les activités de stimulation. Au niveau SSIAD/SAD, mes interventions vont plus être sur les activités de vie quotidienne pour redonner, par exemple, un accès à une alimentation autonome ou à un accès à se mouvoir de manière autonome. Se mouvoir dans un fauteuil électrique, ne pas forcément se lever, mais avoir la capacité via la mise en place d'un fauteuil électrique de se mouvoir et de faire des changements de position de manière autonome sur le quotidien.

M : Quelles sont vos interventions sur l'environnement humain et matériel ?

E6 : Alors sur l'environnement humain, j'interviens énormément au niveau de l'ESA pour du soutien de l'aidant, pour de l'accompagnement, pour des échanges. Ça a un impact énorme

au niveau de l'ESA. L'accompagnement humain au niveau de l'ESA, c'est aussi l'acceptation des troubles pour la personne qui est malade, l'acceptation des aides, c'est un énorme point. La sécurisation aussi. Au niveau SSIAD/SAD, sur le plan humain, c'est l'acceptation du matériel. Ça m'arrive régulièrement de faire 2, 3 parfois 4 ou 5 visites pour parvenir à faire passer un cap à la personne et lui faire accepter le matériel. Parce que sa situation et sa dépendance ont évolué, mais qu'ils ne sont pas prêts. Donc parfois je fais des visites très rapprochées. Sur 2 ou 3 semaines, je suis capable d'aller 4 ou 5 fois dans le même domicile. Mais parce qu'il y a un climat de confiance qui s'établit, et comme il y a une dépendance qui s'installe, ils ont besoin de temps pour accepter ce que je mets en place. Et ils ont aussi besoin de temps pour faire le deuil de leur passé, de ce qu'ils étaient et qu'ils ne seront plus malheureusement. Puis, sur l'environnement matériel, c'est la mise en place de matériel médical, parfois des conseils d'aménagements de logements ou des conseils de mise en place de matériel non-médical. Par exemple, l'autre jour la dame était dans un fauteuil de salon électrique. J'ai vu avec la famille. Il n'y a pas de cale-pieds sur ces fauteuils-là, donc cette dame avait les pieds dans le vide et elle n'arrivait pas à se rehausser au fond du fauteuil. J'ai demandé à la famille de trouver un petit repose-pied, qui fait autant de centimètres de haut et ils verront que leur maman va l'apprécier. Ce n'est pas forcément du matériel médical. Après au niveau de l'ESA, c'est mise en place des téléassistances, en tout cas conseil car je ne fais pas la mise en place, mais je conseille les téléassistances. Conseiller parfois les détecteurs de gaz, les détecteurs de monoxyde de carbone aussi très régulièrement. Parfois, c'est aussi mettre en place un tableau sur lequel l'essentiel des informations seraient retranscrites pour nos patients. Ou donner des conseils de jeux d'activités et de stimulation qui plaisent à la personne et qui vont permettre de retrouver des loisirs. Parce qu'en dehors de notre passage stimulant et qui a des objectifs thérapeutiques, il est important qu'ils aient d'autres stimulations et pas que nous, sinon ça ne sert pas.

**M : Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

E6 : J'espère. D'une manière générale oui, je pense. C'est le seul objectif que j'ai, donc oui.

M : Évaluez-vous l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?

E6 : Non, je n'évalue pas du tout. Je fais un tableau de suivi de mes interventions mais c'est plus à visé financements externes pour la direction.

M : Avez-vous des retours de la part des personnes âgées ? Des familles ?

E6 : Oui parfois. Sur l'ESA, quasi systématiquement parce qu'on demande une présence familiale au bilan final et des échanges, et puis il y a beaucoup de renouvellement. Sur le SSIAD et le SAD, les retours ce n'est pas forcément moi directement en fait. Ce sont plus les auxiliaires de vie et les aides-soignantes qui sont à domicile qui ont les retours parce que c'est elles qui font l'intervention. Mais les retours sont positifs. De toute façon, quand ça ne fonctionne pas je suis obligée d'y retourner parce que ce n'est pas la bonne méthode, ce n'est pas la bonne chose et il faut que j'y retourne.

M : Avez-vous des précisions ou des informations complémentaires à apporter ?

E6 : Non.

## **7. Retranscription de l'entretien 7**

**Moi (moi) : Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Ergothérapeute 7 (E7) : J'ai été diplômé en juillet 2016.

**M : Dans quelle structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?**

E7 : Actuellement, je travaille en SSIAD ADMR, qui contient aussi une Equipe Spécialisée Alzheimer. J'y travaille depuis septembre 2019.

**M : Quelles sont vos missions dans cette structure ?**

E7 : Au niveau de l'ESA, normalement je participe à la première évaluation qui est l'évaluation des fonctions cognitives et motrices de la personne. Donc c'est soit moi, soit la psychomotrice, mais on s'est réparti un peu les tâches et donc c'est principalement la psychomotricienne. Du coup pour l'ESA, j'interviens uniquement s'il y a un besoin spécifique au cours de la prise en charge. Donc ça concerne, pour les personnes Alzheimer, essentiellement l'évaluation de l'environnement, la mise en place d'aides techniques, la sécurisation du domicile au niveau du risque de chute, etc. Donc principalement ça au niveau de l'ESA. Et sinon au niveau du SSIAD, j'interviens quasiment systématiquement au début de prise en charge pour faire un point sur les capacités de la personne, son environnement familial et architectural, etc. Et puis voir s'il y a des choses à mettre en place, à la fois pour l'autonomie de la personne dans son quotidien, mais aussi pour faciliter le travail de mes collègues aides-soignantes et éviter tout ce qui est troubles musculosquelettiques, etc. C'est assez global.

**M : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?**

E7 : Sur la partie ESA, on accompagne des personnes qui ont plus de 60 ans mais on peut aussi prendre des personnes plus jeunes. Le tout, c'est que ce soient des personnes qui ont une maladie d'Alzheimer ou apparentée, qui sont en stade léger ou modéré de la maladie. Car si les troubles sont trop importants, on ne va pas pouvoir mettre en place des choses pour compenser au domicile. Donc au niveau de l'équipe spécialisée Alzheimer, ce sont essentiellement des personnes pour qui les troubles cognitifs ont une répercussion sur la vie quotidienne et sur l'aidant. Car très souvent aussi c'est l'épuisement de l'aidant qu'on essaie d'accompagner. Et sur le SSIAD, on a une capacité d'une centaine de personnes. Sur les 100 personnes, on a presque que des personnes âgées de plus de 60 ans qui sont en perte

d'autonomie. Et on a 4 places pour des personnes de moins de 60 ans qui seraient en situation de handicap ou qui ont une maladie chronique. Mais on a principalement des personnes âgées.

M : Quel est l'âge moyen ?

E7 : Je dirais entre 80 et 85 ans peut-être. On a quelques personnes qui sont relativement jeunes, la personne la plus jeune qu'on accompagne à 38 ans. Mais très souvent, ce sont des personnes qui ont entre 80 et 95 ans.

M : Quel est le niveau de GIR moyen ?

E7 : Je n'ai pas la moyenne en tête. Mais on a des personnes qui sont relativement autonomes pour qui on intervient juste pour de la stimulation ou une aide à la toilette au niveau du SSIAD. Donc ce sont des personnes qui peuvent être GIR 3, 4. On a aussi des personnes qui sont très dépendantes, très souvent les personnes les plus dépendantes qu'on ait sont GIR 2. GIR 1 c'est relativement rare.

**M : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne, pouvant remettre en question le maintien à domicile ?**

E7 : Au niveau de l'ESA, les troubles cognitifs font qu'il y a une difficulté au niveau de la prise d'initiative. Donc le quotidien est impacté. Globalement, ce sont des personnes qui sont relativement autonomes puisqu'elles sont à domicile. Très souvent il y a un aidant, mais l'aidant va être épuisé puisqu'il va devoir faire toutes les tâches qui concernent la personne avec une potentielle mise en danger si les troubles cognitifs sont assez importants. On va dire que l'autonomie en tant que telle n'est pas toujours impactée. Au niveau des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer, souvent elles ont la capacité de manger seules, ça va être surtout au niveau de la gestion administrative, la préparation des repas, des courses, etc. Sur les personnes du SSIAD, ce sont des personnes qui sont beaucoup plus dépendantes dans les activités de la vie quotidienne. Qui très souvent ne sont plus indépendantes dans les activités de soins d'hygiène comme la toilette, l'habillage, la préparation des repas, le ménage. Donc ce sont des personnes qui sont au domicile, mais très souvent il y a une mise en place d'aides à domicile pour compenser ce qui est courses, ménage, repas. Et la mise en place d'un SSIAD ou d'une infirmière libérale pour la gestion des traitements, toilette, habillage, etc.

M : Comment la dépendance impacte la qualité de vie des personnes âgées ?

E7 : Ce sont des personnes qui restent chez elle, mais des personnes qui ont des difficultés à accepter l'aide d'autrui, qui ont toujours eu l'habitude de faire seules. Et le fait de devoir accueillir des inconnus chez soi pour faire des choses à la place d'eux et dans le domaine du soin, c'est très intime. Au niveau du SSIAD, on a des équipes relativement grandes. Sur chaque secteur, il y a plusieurs aides-soignants qui n'ont pas toujours les mêmes patients pour éviter aussi un épuisement de leur côté. Et du coup, c'est vrai qu'il y a des personnes qui ont des difficultés à accepter que ce soit toujours des nouvelles têtes qui viennent. Surtout dans des moments ou actions de la vie quotidienne qui sont assez intimes comme les soins d'hygiène. Il y a des personnes qui sont très réfractaires au passage d'hommes par exemple. C'est surtout l'acceptation de la dépendance qui est difficile pour certain.

**M : Quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?**

E7 : Ce n'est pas quelque chose qui est très abordé. Si on leur pose la question, je ne sais pas s'ils sauraient y répondre vraiment en termes de qualité de vie. Je ne sais pas dire s'ils auraient le recul de se rendre compte si leur qualité de vie est impactée. Mais très souvent je pense que le fait d'être dépendants est difficile à vivre pour eux de manière générale, sans qu'ils mettent de mots dessus. Après il y a quand même des personnes qui sont contentes d'avoir des visites. C'est aussi une façon d'avoir un lien social d'avoir des visites assez régulières du personnel soignant au domicile. Ça maintient aussi le contact dans un certain sens et il y en a qui apprécie ça.

**M : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

E7 : Quand j'interviens, mon objectif c'est de permettre à la personne de faire le plus de choses possibles, de le faire en sécurité ou de manière confortable. Donc j'essaie de mettre en place des aides techniques très souvent, on fait des essais ensemble, on voit ce qui est le mieux, s'il y a autre chose de plus adaptée. Je travaille aussi au niveau du risque de chute et du risque d'escarres. Je ne dis pas directement que ça va impacter ou non la qualité de vie de la personne, j'explique très souvent que ce sont des choses sur lesquelles on va devoir agir, car on sait bien que le risque de chutes engendre des hospitalisations qui peuvent engendrer aussi des institutionnalisations. Et c'est quelque chose que les personnes comprennent bien,

que pour rester au domicile, car très souvent c'est quand même leur souhait, il faut mettre en place certaines actions. Et donc le fait de l'expliquer, c'est quelque chose qui est relativement bien investie. Au niveau du risque de chute et du confort en termes d'installations et positionnement, c'est quelque chose que les personnes acceptent bien, même s'il n'y a pas le mot qualité de vie derrière ça. Il y a souvent un retour positif de ce qui a pu être mis en place.

**M : Est-ce que l'amélioration de la qualité de vie fait partie de vos objectifs ?**

E7 : Bien sûr oui. Oui, car au-delà de mes fonctions premières d'ergothérapeutes, on a une population assez diverse, avec des personnes relativement aisées et des personnes très pauvres. Ça arrive que ça sorte un peu de mes fonctions, mais je pense qu'on a une formation qui vise à accompagner vraiment la personne de manière globale. Donc parfois il y a des demandes au niveau social, quand ce sont des personnes isolées, qui n'ont pas du tout de personnes pour les aider dans les démarches ou qui peuvent être soumises à des maltraitements physiques ou verbales. Ça m'arrive donc de participer avec l'équipe, à des signalements, à la mise en place de questionnaires de cas pour accompagner la personne dans tous les domaines, trouver les aides humaines et les financements qui vont permettre de faciliter le maintien à domicile. Donc on a une démarche assez globale. En tout cas, mon rôle en tant que paramédicale, c'est de faire en sorte que la personne vive le mieux possible à domicile, que ce soit aussi le plus adapté possible pour soulager l'aidant, mais ce que soit adapté en termes de charge de travail pour mes collègues soignantes.

**M : Utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?**

E7 : Non. C'est vrai que j'utilise très rarement des bilans validés. Au niveau du SSIAD, mon évaluation est basée sur un entretien et de l'observation par des mises en situations. Le bilan validé que je fais systématiquement au niveau du SSIAD, c'est le Tinetti. La qualité de vie je l'aborde de manière indirecte, informel avec des questions sur la personne, ses habitudes de vie, s'il y a des choses qui posent des difficultés, s'il y a des choses qui lui tiennent à cœur. On travaille ensemble. Et sur l'ESA, on a fabriqué un bilan qui regroupe plusieurs bilans validés avec la psychomotricienne. Et donc les seuls bilans validés qu'on applique, c'est le MMS et le Tinetti et certaines parties d'autres bilans qu'on a ajouté. Donc c'est vrai que la qualité de vie n'en fait pas forcément partie. Encore une fois c'est beaucoup informel, c'est beaucoup dans l'entretien de la personne et de son aidant.

M : Connaissez-vous la pyramide de Maslow, avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement ?

E7 : Oui oui.

**M : Alors sur lesquels des besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

E7 : Je dirais les besoins physiologiques puisque j'agis principalement sur tout ce qui va être la toilette, l'habillement, l'hygiène corporelle, les repas, les transferts, les déplacements. Je pense qu'on intervient de manière pluridisciplinaire un petit peu sur la plupart. En tout cas, pour tout ce qui est appartenance, je dirais plutôt du côté de l'ESA que du côté du SSIAD, puisqu'il nous arrive de mettre en place des relais auprès d'équipes comme des accueils de jour pour maintenir le lien social. Mais de manière générale, je dirais qu'on essaie d'agir un petit peu sur tout, dans le champ d'action que l'on a.

**M : D'accord. Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

E7 : Alors le maintien à domicile, j'essaie d'agir principalement sur la sécurité, le confort et la compensation des difficultés. Donc la plupart du temps, c'est la mise en place d'aides techniques pour compenser ou sécuriser dans tous les domaines, très souvent ce sont des aides techniques. Je fais des comptes-rendus aussi qui peuvent appuyer les conseils que je préconise auprès des aidants ou des personnes qui interviennent afin qu'il y ait un écrit. Principalement c'est ça, la mise en place d'aides techniques pour sécuriser.

M : Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne, sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?

E7 : Plutôt sur la modification de l'activité et l'environnement. C'est rare que les personnes récupèrent. Les équipes soignantes sont quand même vigilantes à stimuler le plus possible les capacités de la personne. Donc en général, elles se maintiennent sans difficulté, elles participent dans la mesure du possible à tout ce qu'elles peuvent faire. Donc par exemple, la mise en place d'aide technique dans la salle de bain quand il y a une baignoire, très souvent c'est une planche de bain, la personne va participer tout autant mais elle fera les transferts de manière plus sécurisée et donc on limitera le risque de chute. Après je ne dirais pas que ça améliore les capacités, en tout cas ça les facilite dans une certaine mesure comme tout ce qui est transfert. Ça n'a pas forcément vocation à améliorer les capacités, je dirais que ça



compense. Du coup on agit quand même beaucoup sur l'environnement pour sécuriser et pour éviter le risque de chute.

**M : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

E7 : Très souvent c'est similairement la même chose. Ça va être des rehausseurs WC avec accoudoirs ou des chaises percées pour ce qui concernent les toilettes. Dans la salle de bain, ça va être des barres d'appuis, planches de baignoire si c'est une baignoire ou siège de douche si c'est une douche, avec tapis anti-dérapants. Dans la chambre, ça m'arrive de mettre une barre de redressement au lit pour faciliter les transferts. Aussi, très souvent, pour les personnes qui sont plus dépendantes, afin de faciliter le travail auprès de mes collègues, ce sont des lits médicalisés, des lève-personnes, des verticalisateurs électriques. Je mets aussi en place des chaussons chutes pour avoir un chaussage adapté qui tiennent bien le pied et qui soient anti-dérapant pour éviter les chutes. On met aussi en place des coussins de positionnement, matelas. Et des aides techniques à la marche donc rollators, fauteuils roulants, etc., si besoin. C'est assez vaste, mais ce sont relativement souvent les mêmes aides techniques. Sur l'ESA, on préconise aussi des horloges digitales ou des agendas pour compenser. Ce ne sont pas les mêmes besoins, on est plus sur du repérage temporo-spatial.

**M : Quelles sont vos interventions sur la personne ?**

E7 : Je dirais beaucoup de conseils et de prévention. C'est rare, voir quasiment inexistant que j'intervienne pour de la rééducation. Mais je fais beaucoup de sensibilisation des personnes notamment pour les personnes qui ont eu un AVC sur le positionnement, pour les personnes qui ont un risque d'escarre aussi, sur l'importance de continuer à participer aux activités de manière générale, pour s'entretenir. C'est quand même beaucoup de conseils et de sensibilisation à pourquoi éviter les chutes, pourquoi on met en place ce matériel, pourquoi c'est important. Après on en discute. Il y a des personnes qui refusent complètement tout ce qu'on peut proposer, mais le tout c'est de l'avoir proposé. Evidemment, la personne est quand même libre de refuser si elle veut. Pas tant de rééducation que ça, mais beaucoup de conseils et d'informations auprès des personnes.

**M : Et quelles sont vos interventions sur l'activité ?**

E7 : J'interviens peu sur l'activité. Ça m'arrive de passer en binôme avec mes collègues soignantes pendant les soins où elles peuvent être en difficulté. Donc là je vais plutôt avoir

une position d'observatrice pour voir comment ça se déroule. Et puis après je vais proposer peut-être une autre manière de faire, une autre organisation pour que ce soit plus facile pour ma collègue ou parce qu'elle ne sollicite pas assez les capacités de la personne. Mais dans un premier temps, je suis beaucoup dans l'observation. Sur l'activité en tant que telle, c'est surtout réfléchir à comment faire autrement ou à ce qu'on peut mettre en place pour faciliter la réalisation de l'activité.

M : Quelles sont vos interventions sur l'environnement humain et matériel ?

E7 : Sur l'environnement humain, ce sont beaucoup de conseils auprès des aidants, de les informer, de leur expliquer car il y a beaucoup d'aidants qui n'ont forcément en tête les difficultés. Très souvent ils reprochent à la personne de faire exprès ou de ne pas faire assez d'effort, donc c'est vraiment de leur expliquer où sont les limites de la personne, de dédramatiser la situation, de faciliter la communication entre les deux aussi. On fait aussi beaucoup de sensibilisation, car les personnes ne se rendent pas forcément compte des difficultés qui peuvent être rencontrées au quotidien. Ça peut sembler dérisoire de fixer ou d'enlever un tapis, alors que ça peut être important pour éviter une chute pour la personne. Donc beaucoup de communication auprès des aidants. Sur l'environnement matériel, beaucoup de mise en place d'aides techniques. Sur l'environnement humain, ça nous arrive aussi, pas forcément en tant qu'ergo propre mais en équipe, de mettre en place un service d'aides à domicile. Parfois, ce sont des personnes qui n'ont vraiment personne et donc il va falloir travailler tous ensemble pour mettre en place des aides à domicile et compenser lorsque ce n'est pas possible autrement.

**M : Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

E7 : Oui en général, j'ai des retours positifs des personnes. Les personnes qu'on accompagne sont quand même très satisfaites. Même s'il y a des personnes qui sont réticentes au début lorsque l'on met en place des choses, pour qui ça peut être difficile d'accepter les interventions régulières de personne à leur domicile. Globalement, très souvent, c'est quelque chose qui disparaît avec le temps et qui est très vite apprécié. On arrive à trouver des solutions pour que ça se passe toujours bien.

M : Pensez-vous que votre intervention permet d'améliorer leur qualité de vie ?

E7 : Oui je pense, de manière générale on travaille pour ça et c'est l'objectif que l'on a. Donc oui, je pense que d'une certaine manière ça y participe.

M : Évaluez-vous l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?

E7 : Je n'évalue pas l'impact.

M : Avez-vous des retours de la part des personnes âgées ? Des familles ?

E7 : J'essaie d'avoir un retour que ce soit de la personne, des aidants ou des équipes. J'essaie d'avoir un retour sur la problématique, sur ce que j'ai pu mettre en place et si ça a été utile ou pas, s'il faut voir autre chose. Je n'évalue pas concrètement avec un bilan ou quoi que ce soit, mais je pose toujours la question de savoir si on a fait ce qu'il fallait, s'il fallait faire plus, s'il y a d'autres choses à tester. Il y a des personnes que je vais accompagner très ponctuellement. C'est-à-dire qu'il y a une demande précise, on met en place ce qu'il faut et ça s'arrête. Il y a des personnes pour qui ça va être un peu plus long. Puis, il y a des personnes que je vais voir un temps, que je vais ne plus voir pendant très longtemps et que je vais revoir à nouveau. Donc avant de me dire que j'ai fait tout ce qu'il fallait, je vois quand même avec la personne et l'équipe si on est allés au bout des choses et si je n'ai rien d'autre à mettre en place. Et ensuite je clôture le dossier entre guillemets. J'essaie d'aller vraiment au bout avant de passer à autre chose.

**M : Avez-vous des précisions ou des informations complémentaires à apporter ?**

E7 : Je n'en ai pas qui me viennent en tête.