

Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

Emeline
BROSSARD

Semestre 6 – Mai
2021

**UE 6.5 : Initiation à la recherche : Livret
additionnel**

Quel impact lors d'un accompagnement global
en ergothérapie dans l'équilibre occupationnel
de la personne âgée en EHPAD ?

SOMMAIRE

- 1. Entretien 4 : 2
- 2. Entretien 5..... 9
- 3. Entretien 6 : 21
- 4. Entretien 7 : 29
- 5. Entretien 8 : 43
- 6. Entretien 9 : 53

Seul les entretiens 4 à 9 sont présentés dans ce livret additionnel.

1. Entretien 4 :

Avez-vous fait des formations complémentaires durant votre parcours professionnel ? Si oui quelles sont-elles ? Par exemple Snoezelen, humanitude, Montessori

J'ai été formé à Humanitude, donc la formation pour faire partie du groupe COPIL qui pilote le projet dans l'établissement et la formation de 5 jours relatif aux soins et j'ai fait en formation complémentaire j'ai fait aussi sur le risque suicidaire de la personne âgée.

Et c'est une demande de l'établissement ou c'est une demande de votre propre chef ?

Alors, Humanitude c'était un projet d'établissement et pour la formation du risque suicidaire c'était une possibilité dans l'établissement et un thème qui me tenait à cœur et donc j'ai participé à la formation.

Et actuellement vous travaillez exclusivement en EHPAD ?

Alors actuellement je travaille exclusivement en EHPAD, depuis le 1^{er} novembre dans un EMS en suisse. Mais ça faisait 4 ans que je travaillais exclusivement en EHPAD, à 50% avec un autre EHPAD en complémentaire à 30% dans un premier temps puis un autre à 40% puis un autre à 50% ensuite, ça a été très compliqué parce que les postes d'ergothérapeutes dans les EHPADs sont souvent des petits postes qu'il faut cumuler pour avoir un temps plein.

C'étaient des EHPADs de gros ou petits effectifs ?

Alors l'EHPAD avec le plus petit effectif c'était un EHPAD de 80 résidents, et l'EHPAD avec le plus gros effectif c'était un EHPAD de 144 résidents.

Et vous étiez plusieurs ergothérapeutes ou seule ?

J'étais seule à chaque fois.

Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?

Alors pour moi, quand j'entends parler de participation occupationnelle, j'entends le domaine d'activité pour la personne âgée qui va concerner la productivité, on définit les trois domaines d'activité comme les soins personnels, la productivité et les loisirs, pour moi la participation occupationnelle elle va être liée à la productivité et aussi aux loisirs, même si les loisirs c'est plus quelque chose qui est réservé à l'animation.

Est-ce que pour vous quand un résident arrive en EHPAD il y a quand même une part de productivité ou en tout cas de participation dans leurs occupations qui sont toujours présentes et comment elle serait intégrée dans leurs quotidiens ?

Alors des fois on a des personnes qui ont encore une productivité, mais souvent elle est très limitée, parce que la personne dépendante est souvent isolée avant d'arriver en EHPAD. C'est une personne qui a souvent perdu beaucoup de ses activités en fait. L'idée c'est de pouvoir restaurer tout ça et de maintenir les activités qui existent encore dans les domaines de la productivité des loisirs, mais souvent on est déjà très axé sur les soins personnels, je pense que c'est le domaine : les soins personnels, qui est axé en priorité. Et après le domaine de la productivité est très important moi je trouve. Ne serais-ce qu'être acteur de son projet de vie, le projet de vie, d'entrée dans un EHPAD, dans un établissement de s'inscrire dans cette vie de collectivité avec d'autres personnes et dans des projets qui ont du sens et qui donnent du sens à la personne.

Lors de votre pratique professionnelle en France, Organisez-vous des ateliers qui vont dans ce sens ?

Alors oui, le premier exemple que je peux vous donner, j'avais mis en place un atelier thérapeutique hebdomadaire qui s'appelait « café thérapeutique », qui était en fait un temps avec une connotation très sociale avec le café, mais qui derrière permettait de travailler le sentiment d'utilité, de restaurer et maintenir l'estime de soi, les valeurs identitaires et toutes ces choses-là et de travailler sur l'acceptation de l'institutionnalisation, pour les personnes qui étaient nouvellement entrées en EHPAD, et cet atelier était en co-organisation avec la psychologue et donc on a maintenu ce groupe. Là avec le changement de travail j'ai un petit peu adapté ce groupe-là, parce que là du coup nous sommes deux ergothérapeutes et nous l'animons ensemble, il n'y a pas de psychologue, nous animons un atelier qui est uniquement de l'ergothérapie

mais qui est sur la même base, l'idée c'est de travailler sur l'idée d'acceptation de l'institutionnalisation en premier lieu et puis ensuite en second lieu ça va être tout ce qui est le rôle de la personne, les choses qui vont lui donner sens pour être pleinement actrice de son projet de vie dans l'institution.

Quel est l'impact des résidents qui participent à ces ateliers ?

L'impact il est assez visible au bout de quelques séances, parce que la création de liens entre eux ce fait facilement et puis donc par le lien, ils sont, on va dire, restaurer chacun dans leurs individualisés et dans les liens qu'ils peuvent avoir les liens aux autres, et ensuite les productions qui peuvent être faites leur donnent sens et ensuite on débouche généralement sur une exposition des œuvres qui ont pu être faites. Qui donnent un sens beaucoup plus large, parce qu'on invite les personnes extérieures à l'établissement à venir visiter l'exposition.

Et comment vous choisissez-vous les personnes qui participent à ces ateliers d'activités thérapeutiques ?

Eh bien, on va viser les personnes qui ont fait le choix d'entrer dans l'établissement, c'est toujours un choix, c'est un peu l'obligation parce que c'est un choix par défaut, qui vivent très mal cette entrée en institution, des personnes qui ont des capacités cognitives plutôt préservées, et après pour les capacités motrices on s'adapte nous.

Et vous voyez des évolutions ? des maintiens des capacités physiques justement ? Cognitives ? grâce à ce type d'ateliers ?

Oui bien sûr, puisque du coup on vient travailler vraiment sur, ..., on vient nourrir un besoin vital avec ces ateliers et donc la personne ensuite trouve plus de facilité à s'impliquer dans les activités, dans d'autres types d'activités, les liens créés pendant les ateliers thérapeutiques perdurent au-delà et permettent à la personne d'être plus facilement intégré dans d'autres activités, notamment les ateliers d'animations et donc on voit avec l'ensemble de toutes ces activités et de la vie de la personne dans l'institution que finalement, on tend vers un maintien des capacités motrices et cognitives.

De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leur permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?

Pour les activités de vie quotidiennes, c'est plus des accompagnements au repas avec des adaptations pour permettre le plus d'autonomie possible dans les activités d'alimentation et puis ça va être essentiellement au moment de la toilette et de l'habillage. A la fois par le conseil et la formation des soignants, pour respecter cette autonomie et les capacités existantes, et puis aussi dans la compensation des difficultés avec des aides techniques.

Et du coup avec l'ensemble de ces accompagnements, quelles sont les effets de l'accompagnement en ergothérapie pour les résidents et dans leurs ressentis de leurs rôles au sein de l'institution ?

C'est compliqué comme question.

Est-ce que vous pouvez percevoir que certains patients que vous pouvez suivre et pas d'autres, et ce qu'il y aurait une différence, une perception de leurs qualités de vie, quelque chose comme ça ?

Alors oui, il y a évidemment du positif, sinon on ne continuerait pas. Après, c'est vrai que ce sont essentiellement des données qui sont qualitatives, on n'a pas utilisé d'évaluation ou de questionnaire sur la qualité de vie pour pouvoir évaluer réellement l'impact des activités thérapeutiques, voilà en faisant un bilan avant et après les ateliers thérapeutiques pour voir l'évolution. Ce sont essentiellement des données qui sont qualitatives, mais bien sûre qu'il y a de très belles réussites dans l'accompagnement de certains résidents vers ... [pause] et dans cette acceptation de l'institutionnalisation qui est très dure, parfois douloureuse, et de très belles réussites à accompagner ces personnes vers l'acceptation de leurs nouveaux lieux de vie et de leurs nouvelles activités et de tout ce que peut impliquer voilà, les deuils liés au vieillissement et changement de lieux de vie.

Et si on se projette sur un peu plus longtemps, au moment où il y a une dégradation des capacités plutôt physiques ou cognitives le fait d'être comme ça suivi de l'entrée jusqu'à un peu plus longtemps, il y a une meilleure acceptation de sa condition, de sa perte de capacité.

Il y a deux dimensions que je n'ai pas abordées, parce que j'ai l'impression de me répéter. Il y a une dimension que je n'ai pas abordée, entre eux ils ne sont pas au même niveau, ils n'ont pas tous la même vision de leurs vieillissements et ils n'ont pas tous la même résilience face à la difficulté et les personnes s'entraident entre elles, s'encouragent, et trouvent aussi un rôle important à s'entraider, à se serrer les coudes entre elles. C'est un élément qui est très important dans un atelier de groupe, par rapport à un suivi individuel, l'autre dimension c'est que finalement l'atelier thérapeutique par rapport à une activité d'animation, c'est qu'on est sur un accompagnement thérapeutique, on propose un cadre et ce cadre plus cet accompagnement thérapeutique, la relation qu'on va créer avec eux, apportent une structure, quelque chose qui les soutiennent, qq chose qui vient cadrer, soutenir, contenir, tous les concepts qu'on peut connaître : le handling, holding, on est vraiment dedans. On vient vraiment les accompagner, les porter dans ce qui va être la fin de leur vie à l'EHPAD, alors c'est vrai que sur du long terme on leur apporte vraiment quelque chose de positif par ces ateliers-là.

Et du coup, quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ? A quoi s'attendent-ils ? Qu'espèrent-ils ?

Ce qu'on entend le plus souvent, et surtout avec la période actuelle, les personnes âgées, elles ne sont pas dupes, c'est leur dernier lieu de vie, le dernier endroit où elles vont être, donc ce qu'elles attendent c'est la mort. C'est un mot qui revient sans tabou dans les ateliers. Ce qu'elles attendent c'est la mort digne, mourir dignement, continuer à être, à préserver leurs identités, et au-delà de leurs identités, les liens et les activités qui leur font sens jusqu'à la fin.

Et pour vous l'ergo à sa place dans cet accompagnement ?

Oui pleinement, il y a les recommandations de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), concernant le projet de vie, au projet personnalisé d'accompagnement. A mon sens, c'est mon opinion, l'ergothérapeute à pleinement sa place dans ce projet-là, et doit pleinement s'appuyer sur ce projet-là, puisque finalement le PPA (Projet Personnel d'Accompagnement), si on le couple au projet de soins, l'ergothérapeute c'est son diagnostic, on est là pour son activité et l'accompagnement de la personne jusqu'au bout, jusqu'à la fin, donc... C'est vraiment, ..., on a vraiment notre sens, dans ... voilà

... je perds mes mots (rire) On a vraiment un sens dans un accompagnement, dans la collaboration au PPA, et dans la réalisation d'activité de productivité, occupationnelles, autant que dans les activités de vie quotidienne, on va dire plutôt soins personnels ou de loisirs de la personne.

Trouvez-vous aujourd'hui que les institutions laissent cette place-là aux ergothérapeutes dans leur travail ?

Pas toujours non. Il faut être franc. Il y a des établissements qui laissent cette place aux ergothérapeutes mais ils sont rares, et je pense aussi qu'il y a beaucoup d'ergothérapeutes qui n'osent peut-être pas s'imposer et prendre cette place-là. Et qui sont encore beaucoup, dans, en EHPAD, dans tout ce qui est Aides techniques, de la gestion de matériel, l'organisation de matériel, du réglage de matériel, et tombent des fois, des fois, dans le travers de la réparation de matériel, et on n'est pas que là pour de l'aide technique et de la réparation, et je pense que l'ergothérapeute a vraiment un rôle énorme à jouer et à proposer des ateliers thérapeutiques en gériatrie, en lieu de vie et en EHPAD.

Merci pour l'ensemble de vos réponses, si vous voulez rajouter quelque chose ?

Je trouve très important de pouvoir faire évoluer notre pratique professionnelle et en gériatrie dans ce sens, il y a beaucoup à faire dans ce sens, et les établissements ont des besoins de rentabilité, donc les postes d'ergothérapeutes sont souvent des petits temps pour beaucoup de résidents, et finalement les demandes qui sont les plus évidentes pour les directeurs d'établissements sont souvent des réponses matérielles malheureusement. Et pourtant l'ergothérapeute a un réel sens auprès de la personne âgée, au-delà de l'adaptation vraiment des activités, mais aussi dans l'accompagnement aux activités et de leurs sens.

Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorer dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?

Les domaines dépendent de l'institution et de ce qu'elle comprend de l'ergothérapie. Sur mon précédent poste j'aurais voulu approfondir le positionnement et l'installation mais le manque de matériel sans possibilité d'achat limitait mon action.

Sur mon poste actuel, j'aimerais approfondir les activités occupationnelles et d'animation des résidents mais la collaboration avec les animateurs est compliquée...

Pensez-vous que l'ennui ça peut créer une dégradation physique et cognitive ?

Oui bien entendu

2. Entretien 5

Avez-vous fait des formations complémentaires durant votre parcours professionnel ? Si oui quelles sont-elles ? Relance : Snoezelen, Montessori, Humanitude, par exemple

Alors oui j'ai fait des formations du coup en interne, sur la bientraitance, sur la gestion du deuil auprès de sujet, c'est une formation post-covid, justement sur la gestion et l'accompagnement du deuil pour des personnes et des résidents qui sont atteints de maladie neuro dégénératives. J'ai fait une formation pour le positionnement au fauteuil et au lit. J'ai fait une formation sur la réadaptation pour des personnes présentant la maladie d'Alzheimer, voilà, je crois. J'ai fait une formation, moi, en médiation animale, mais ça c'est encore différent. J'ai refait une formation complémentaire avec un orthoprothésiste pour les orthèses, pour me remettre dans le bain, parce que je l'ai réintroduit dans l'EHPAD où je travaille actuellement. Parce qu'avant il n'y en avait pas, il n'y avait pas d'orthèses. Voilà, après il y a des formations en interne.

Et actuellement vous êtes dans quel type de structure ? Grosse petite ? En temps plein ?

Oui j'ai une grosse structure, c'est un EHPAD public rattaché à hôpital gériatrique de la fonction publique hospitalière, et nous on est un EHPAD de 188 résidents, dont en plus de ça un PASA qui va s'ouvrir de 10 places et on a aussi un accueil de jour, qui pareil, on a 12 places en plus de l'EHPAD, où on intervient aussi dessus. Le PASA on est en train de construire le projet, on est en train de travailler dessus, on attend les autorisations mais avec le covid c'est un peu long. Donc voilà, mais oui c'est une grosse structure, c'est pour ça qu'on est 2 ergothérapeutes à temps plein, 2 psychomots à temps plein, 3 kinés libéraux, une podologue à temps plein aussi, 2 médecins qui sont aussi à temps plein.

Et vous savez déjà comment votre temps sera réparti une fois que le PASA sera là ? Vous aurez une journée dédiée ?

On a une idée effectivement, mais on ne sait pas encore comment ça va se définir. Je vous avoue que c'est un jeu de négociations avec notre direction, parce qu'étant 2 pour 188 résidents, plus encore ceux du PASA et du court séjour, ça fait

plus de 220 résidents au total, c'est un peu chaud quoi. Le PASA à l'origine ce n'était pas forcément quelque chose qu'on souhaitait, on ne nous a pas vraiment laissé le choix. Leurs interventions, eux, l'objectif c'est qu'on intervienne tous les jours, en revanche, on ne sait pas encore on va s'organiser, nous on a des groupes tous les jours, donc c'est un peu particulier, plus nos prises en charge, le positionnement, le matériel, donc voilà, c'est un peu chaud.

Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle ?

Alors la participation occupationnelle, alors comment je la définirais, je dirais que c'est une activité qu'on va proposer à un résident et qui aura du sens pour lui, et non seulement elle va répondre à des objectifs ergo, à des problématiques que le résident aura, mais en même temps, déjà ça a eu sens, mais en plus quelque chose, une activité qui sera aussi ludique. On, le voit nous en EHPAD, une activité qui ne plait pas, bah ça ne plait pas. Après il y a une façon de l'amener aussi, de toute façon, nous, sur une grosse structure, on a un peu moins de difficulté parce qu'on a tellement de résident, on est obligé de déliter enfaite l'accès au groupe, on ne peut pas faire un groupe pour tout le monde, c'est pour ça qu'on a plusieurs groupes de gym douce, plusieurs groupes d'équilibre, plusieurs groupes de marches, enfin voilà, c'est un peu... Plusieurs groupes d'activités manuelles, enfin voilà, tout est doublé enfaite. Donc du coup, la participation occupationnelle, c'est l'envie aussi du patient, du résident à participer, c'est son inclusion à son programme de rééducation, voilà pour moi c'est tout ça.

Vous me disiez organiser des ateliers, des groupes, du coup de quel type et avec quel objectif majoritairement ?

Alors là c'est très large, il y en a beaucoup, alors on a des groupes de gym douce qui sont pour le maintien des capacités physiques et cognitives et motrices. Parce qu'en fait on intervient sur l'aspect cognitif parce qu'enfaite voilà on remet chaque fois, on refait un tour sur le cadre spatio-temporel, on se présente, on retient les noms de chacun, on prévient la date, c'est toujours à la même heure et le même jour, donc il faut qu'ils se souviennent qu'ils ont un rendez-vous ce jour-là et puis des objectifs moteurs principalement, sur le maintien des capacités motrices. Après on a aussi un groupe équilibre et marche, ou là c'est vraiment plus pour des résidents qui marchent, contrairement au groupe de gym douces qui sont ouverts à tous les

résidents, même ceux qui sont en fauteuil roulant et ou paraplégiques et qui ne peuvent pas marcher, par exemple, peuvent participer, c'est de la gym adaptée pour tous, et debout pour certains. Alors que le groupe de marche c'est vraiment, tout ce qui est orienté sur les capacités motrices de marche, le déroulé du pas, le maintien de la stature debout, l'équilibre, tout ce qui est d'augmenter le périmètre de marche et de contribuer aussi à la prise de confiance dans ses capacités. C'est tout ce qui est les fonctions liées à l'équilibre avec ou sans aide de marche, la proprioception. C'est un travail sur des mousses, etc, sur des plots, on a des plots spécifiques pour travailler sur la proprioception, et sur le polygone de sustentation qui est souvent très étroit.

Il y a aussi, j'anime des groupes enfin on a deux groupes de médiation animal, ce sont là des objectifs qui sont très larges, parce que le média animalier nous permet d'avoir différents objectifs, on fait aussi bien des parcours de marche, qu'on fait des ateliers mnésiques sur, par exemple, qu'elles sont les types d'ordre qu'on peut donner à un chien, les mémoriser pour la séance suivante, et ensuite les reproduire avec les chiens, il y a des exercices cognitifs, dans le domaine animalier, le chien est alors plus passif, mais on travaille sur le domaine animalier. Après on travaille aussi sur des aspects plus préhension fine et globale, c'est entretien des capacités de la main, des capacités motrices de la main, par le lancer éventuellement de petits objets, la prise de petites friandises, on adapte les préhensions, ça c'est surtout d'un point de vue ergo, parce que je fais un groupe avec ma collègue psychologue, qui elle à l'origine était pas du tout sensibilisé à ça, elle a pris l'habitude. On a des balles de tailles plus ou moins grosses, de différentes prises, préhensions.

On a des groupes, des ateliers mémoires, on en a deux, du coup vraiment orienté sur l'entretien et la capacité mnésique, un atelier mandala aussi, où là c'est aussi orienté sur les capacités motrices de la main, on a différents feutres, différentes textures, différentes façons de tenir et d'appuyer sur le crayon, ça ne fera pas travailler les mêmes choses avec un feutre ou un crayon de couleur. Qu'est-ce qu'il y a d'autres ? Il y en a pas mal. Et comme on est 4 c'est vrai que ça tourne.

Et du coup vous travaillez avec qui dans ces ateliers ? Vous m'avez dit la psychologue,

On travaille tous ensemble.

Il y a donc des professionnels de toutes professions qui participent ?

Exactement c'est ça, on ne tourne pas en fonction des groupes, mais on a tous plus ou moins un groupe de gym douce, un groupe de simulation cognitive ou atelier mémoire, dans la médiation animale on est que 3 à la faire, ma collègue psychologue et moi et une autre collègue ergo, les psychomot n'interviennent pas en groupe, mais elles interviennent avec moi ou ma collègue en individuelle, parce qu'enfaite on conjugue nos objectifs, et enfaite on passe, les deux professionnels, par le biais de l'animal. C'est aussi comme ça qu'on l'utilise.

Mais on a toute des ateliers, moi j'ai un atelier mandala Ah oui et on a un atelier réminiscence aussi ou c'est ma collègue psychologue et psychomot qui le font. Ou là c'est vraiment solliciter les capacités de réminiscence, les souvenirs solliciter l'inclusion à un groupe. Tout ce qui est revalorisation, tous ces objectifs-là. Mais c'est vrai qu'on travaille toutes ensemble. On a tous nos plannings avec nos groupes, mais c'est vrai qu'on est toujours ergos psychomot / ergo psychologue ou psychomot / psychologue, ce ne sont pas toujours les mêmes professionnels qui travaillent dans les mêmes groupes.

Et comment choisissez-vous les résidents pour participer aux groupes ? par exemple pour la médiation animale, est ce que c'étaient des gens qui avaient des animaux avant ou pas forcément ?

Alors si, la médiation animale c'est encore particulier, ce n'est pas comme un groupe de gym douce que l'on peut proposer à tout le monde, la médiation animale il faut vraiment ... on ne propose pas l'animal s'il n'y a pas une pertinence au départ. Une pertinence au niveau des objectifs et au niveau de l'attrait. Si vous proposez de la médiation animale en groupe à quelqu'un qui n'a aucun intérêt pour l'animal et bien ça n'aura pas de réelle pertinence, le principe de proposer de la médiation animale à quelqu'un qui n'aime pas du tout les animaux. Non en effet pour le choix des résidents pour un groupe, que ce soit par exemple équilibre et marche on va aussi sélectionner et proposer à des résidents qui sont marchants et non pas qui sont en fauteuils roulants, pour la gym douce, c'est assez large. Pour l'atelier réminiscence et mémoire c'est pareil, quoi que non-réminiscence, c'est assez large, il faut quand même que la personne elle est quelques capacités. C'est vrai que ce n'est pas fait dans l'unité qui est la plus aigüe. C'est vrai qu'on a trois unités où les résidents sont plus avancés dans

la pathologie, enfin dans les pathologies, parce que ce sont des maladies neurodégénératives, ce n'est pas que de la pathologie Alzheimer. Là-dedans, l'unité la plus aiguë, on ne propose pas non plus un atelier mémoire, parce qu'en effet ça mettrait plus en échec les résidents, on va plutôt proposer d'autres groupes, on passe plus par le sensoriel mais pas forcément des ateliers où ça nécessite des capacités mnésiques parce que ce n'est pas adapté, mais il faut adapter en fonction des résidents. Mais c'est une réflexion qu'on a en équipe, voilà quand on ouvre un nouveau groupe ou quand on a un nouveau résident, on se pose et on réfléchit : quelles sont les activités ou les prises en charge qu'on peut lui proposer ? On parle aussi avec l'animation, parce que par exemple si cette dame là elle aime le tricot en particulier, nous par exemple on n'a pas d'atelier tricot, mais je sais qu'ils en font en animation, et bien s'il y a plus de pertinence à venir en gym douce, mais si la dame elle a aussi un intérêt avec le tricot, on va en parler avec l'animation. C'est vraiment une démarche pluridisciplinaire et en même temps les animateurs reviennent vers nous s'il y a des difficultés. On peut aussi intervenir en individuel dans l'activité animation tricot avec les animateurs, sauf que nous on va faire de l'individuel avec cette dame qui a envie de faire du tricot mais qui n'y arrive pas parce que là, elle est en difficulté avec ses mains pour tenir ses épingles par exemple. Voilà, donc nous on va l'accompagner dans cette reprise, mais c'est en individuel ce n'est pas en groupe.

De quelle manière accompagnez-vous les résidents de l'EHPAD dans les activités de vie quotidienne ? pour leur permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne, qu'ils pouvaient faire ou non avant.

C'est fait au quotidien. Déjà ils sont dans un lieu de vie, donc déjà les activités de vie quotidienne on les a tout le temps. Forcément on est obligé d'adapter, parce que si ce sont des personnes qui sont rentrées en EHPAD, c'est aussi qu'elles sont, enfin pour certains, parce qu'on en a aussi qui sont très autonomes et que c'est par choix qu'ils sont rentrés en EHPAD, parce qu'ils se sentent plus de rester à la maison, même s'ils ont plus de capacités, on a du coup ... les activités de vie quotidienne c'est ça, ça va aussi avec le bilan d'entrée qu'on fait. Les résidents ont systématiquement un bilan d'entrée ergo et psychomot, donc ... et ensuite on en discute avec les équipes, sur comment ça se passe tout ça etc. Et nous, on évalue ce qui était faisable, seul ou bien accompagné, et ensuite de ça, on accompagne les équipes dans l'accompagnement des résidents, parce qu'on peut pas, voilà on peut pas non plus

faire tous les accompagnements, on ne peut pas suivre tous les résidents en individuel, c'est physiquement impossible même si on aimerait, ce n'est pas possible, par contre quand c'est des évaluations toilettes ou des évaluations repas, on fait les premières prises en charge et ensuite on travaille avec les équipes pour qu'elles prennent le relais et qu'elles accompagnent le résident dans le quotidien avec ce maintien des capacités. Et elles viennent nous ressolliciter s'il y a une dégradation, une difficulté, qui est observée. Voilà après c'est tout ce qui est évaluation au repas, évaluation du choix des aides de marches, des aides techniques, tout ce qui est dans le but de l'autonomie, parce que voilà quand on met en place une canne ou un déambulateur la personne, elle a besoin de ce matériel-là, il y a forcément de l'apprentissage qui est fait avec, de l'apprentissage du déplacement, parce que le but c'est qu'il puisse se déplacer dans l'EHPAD. Et c'est très grand, donc on a de quoi, ils ont de quoi se déplacer. Il y a de nombreux étages, ils peuvent aller à l'animation, aller au kiosque, il y a les lotos, allez dans le jardin, apprendre où est sa chambre, apprendre à se déplacer, s'orienter, alors voilà tout ça forcément dans un premier temps il va y avoir un apprentissage du cadre spatio-temporel au sein de l'établissement, et voilà après ça devient quelque chose d'acquis, et ensuite ils sont en capacité de se déplacer, ils vont fumer dans la galerie, ou bien dehors. Ne serais ce que s'ils veulent voir les chiens ils peuvent venir toquer à notre bureau aussi. On travaille aussi sur les PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) qui sont fait chaque mois, du coup par l'intermédiaire des PAP on peut aussi identifier le souhait du résident, quel est son projet de vie ? en équipe, au sein de l'institution et donc pas qu'en ergo, parce que là je parle de l'aspect ergo mais il y a aussi tout l'aspect : quel est mon projet de vie dans mon EHPAD, ce qui est toujours délicat parce qu'eux les résidents considèrent toujours que quand ils rentrent en EHPAD, ils n'ont plus de vie. Donc c'est vrai que nous on a aussi ce rôle-là et qu'on travaille d'autant plus en équipe pluridisciplinaire , parce que c'est vrai nous on peut aussi , nous quand on est amené à rentrer dans la vie quotidienne et dans leurs quotidiens et face à leurs difficultés et bien peuvent aussi resurgir cette acceptation, la difficulté à vivre en communauté, l'acceptation et la difficulté à vivre au sein d'un établissement, de ne pas être chez soi, de devoir respecter aussi des horaires, parce que malgré qu'on adapte assez bien les repas , il y a une plage horaire que ça malheureusement on a pas réussi encore à faire en self-service. Ce serait un souhait mais au niveau institutionnel, ce n'est pas encore ça. Donc quand il y a comme ça beaucoup de choses qui resurgissent on passe la main à la psychologue, on fait appel

à elle, et inversement quand la psychologue, lors d'un entretien ou d'un échange avec un résident, elle découvre qu'il y a une difficulté pour telle ou telle chose et que le résident ne nous a pas forcément dit ou on n'a pas identifié forcément tout de suite, et bien elle va nous transmettre l'information pour qu'on puisse voilà, la question avec le résident, d'une façon un peu détournée, pour pas dire : « bah voilà ma collègue m'a dit que » parce qu'ils n'apprécient pas non plus, ce qui est normal. Mais voilà de façon détournée, l'air de rien, voilà moi j'aime bien dire l'air de rien, je vais les voir. En général, on trouve un moyen d'aborder la question, sans forcément dire, tiens il y a un tel qui m'a dit que vous étiez en difficulté. Voilà c'est comme ça que ça s'organise.

Et vous voyez vous des effets de cet accompagnement en ergothérapie dans les groupes auprès de ces résidents que vous suivez de leurs arrivées à l'EHPAD jusque sur du plus long terme ?

Oui, par exemple quand on a un résident, qui revient d'hospitalisation pendant un mois, et qu'il revient et qu'il a perdu toute sa force musculaire, qu'il ne tient plus debout, qu'il ne peut plus lever le bras pour se laver les cheveux, prendre une douche, se laver, participer ou même se déplacer ou même tenir une fourchette correctement. Quand effectivement vous faites des évaluations et qu'effectivement la prise en charge en individuelle, par exemple pour l'activité de la douche, on va travailler sur l'équilibre debout, la station debout, le maintien, la posture, les amplitudes articulaires au niveau des bras pour avoir au moins, pour pouvoir au moins se laver seul ou au moins participer avec les soignants, en pouvant au moins se laver, se laver les dents, se déplacer, manger seul, si il n'y avait pas d'ergos ce serait beaucoup plus compliqué.

Et du coup, vous il y a aussi un effet d'un point de vue psychologique, leurs morales, leurs ressentis de qualité de vie en quelques sortes ?

Oui parce que leurs objectifs, malgré tout, pour certains quand ils rentrent ils ont l'impression que leur vie est terminée et qu'il n'y a plus rien à faire, et c'est tout le challenge de l'ergothérapeute, et de tous les métiers, on travaille ensemble, c'est tous les métiers que ce soit psychologue, psychomot ou kiné, ce sont des métiers où on va tous dans le même sens. Le but c'est que le résident fasse des choses seul et qu'il retrouve un sens à sa vie, et effectivement c'est tout le challenge de l'ergothérapie : redonner des objectifs de vie et redonner l'envie de pouvoir faire les choses seul et de ne pas considérer que l'entrée en EHPAD signifie la fin de leur vie. Alors certes ils

rentrent en EHPAD parce qu'ils sont en difficulté sur certaines choses, mais tout n'est pas foutu comme ils disent. Il y a certaines choses où certes on a besoin d'aide, par exemple pour la toilette, mais il y a certaines choses où l'on est en capacité de se déplacer, de manger tout seul, de sortir de l'EHPAD pour faire ses courses, d'aller aux marchés, d'aller boire un café avec des amis de l'EHPAD ou de la famille. Enfin voilà, c'est l'objectif de leur faire comprendre, que l'EHPAD ce n'est pas une prison, il y a un but de vie.

C'est quoi pour vous les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ? Ou en tout cas est ce qu'ils vous l'expriment ?

Oui, il y en a certains qui l'expriment très clairement dès le début, bon et certains qui ne l'expriment pas et on ne les voit plus. Mais leurs attentes c'est d'être le maximum autonome et de pouvoir faire les choses seuls, le maximum possible, de devoir demander de l'aide quand vraiment il y en a besoin. Après on a aussi l'inverse, les résidents qui se plaisent dans le fait d'être choyé, servi, laver, etc. On essaie aussi de les motiver à ne pas, non plus, se laisser aller complètement, en se reposant sur les équipes. Parce que c'est là aussi où on doit argumenter, expliquer aux résidents tout l'intérêt de faire les choses seuls. Mais oui leurs objectifs c'est, ne serais ce qu'aller aux restaurants avec leurs amis, leurs familles. De pouvoir au loto, jouer aux boules dans le jardin, c'est d'avoir une vie sociale, de pouvoir aller à la messe le dimanche. D'avoir une vie sociale. C'est aussi tout l'enjeu, de créer cette vie sociale et de les sortir, pour certains, de l'isolement social, parce que ce n'est pas parce qu'on est en EHPAD qu'on n'est pas isolé, ça ne veut strictement rien dire. Donc, du coup, voilà, c'est vraiment, c'est hyper large, les missions de l'ergothérapeute en EHPAD sont très larges, c'est très varié. C'est varié, diverses et variés.

Là j'accompagne une dame par exemple, qui est amputé en transfémorale des deux jambes, elle a deux prothèses d'épaules, ses deux épaules sont très limitées, elle a besoin d'aide pour ses transferts, elle a besoin d'aide pour sa toilette, elle a besoin d'aide pour plein de choses, enfin non pas pour plein de choses, parce qu'enfaite tous ses soins d'apparence, se brosser les dents, se coiffer, se maquiller, elle le fait toute seule, pour manger toute seule elle le fait, son souhait à elle c'était vraiment de pouvoir aller au restaurant avec sa famille et de pouvoir se déplacer seule, mais avec ses deux prothèses d'épaule elle ne peut pas pousser un fauteuil roulant

manuel. Donc là, on a fait des essais pour un fauteuil roulant électrique et on fait des semaines, des mises en situation extérieure, on est allé prendre des routes aussi, savoir comment s'orienter, savoir comment conduire un fauteuil roulant. Donc là elle est ravie, elle va toute seule, elle est autonome, ne serait-ce que pour se rendre en salle à manger ici, elle peut y aller toute seule maintenant, elle peut aller dans la galerie, elle n'est plus tributaire de quelqu'un qui l'amène enfaite.

Et en plus, ça amène moins de boulot finalement aux autres professionnels j'imagine, comme les aides-soignantes ?

Oui exactement. C'est vrai que ça dégage du coup du temps aux aides-soignantes. Elles ont plus de temps du coup pour accompagner les résidents qui en ont plus besoin.

Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez, ou en tout cas depuis qu'il y a une ergo en place ? De la part des autres professionnels par exemple ?

Alors oui, parce que maintenant quand il y a un souci c'est nous qu'on appelle. Quand il y a un souci à la toilette par exemple, chose que quand moi je suis arrivée enfaite il n'y avait pas d'ergo à temps plein, il y avait qu'une ergo à mi-temps pour la même structure. Donc elle ne pouvait pas, c'était impossible de tout gérer. Donc moi quand je suis arrivée il y avait pas mal de choses que j'ai dû remettre en passe. Parce qu'il n'y avait pas forcément. Maintenant qu'on est deux, on est d'autant plus présentes auprès des résidents et des équipes. Notamment pour tout ce qui est dans l'accompagnement des activités quotidiennes, pour par exemple quand on a un résident qui a des difficultés à manger. Quand nous on avait fait le bilan ça se passait bien, et puis là on voit qu'il y a des petites difficultés qui commencent à apparaître, on nous appelle : « *allo l'ergo, on a un petit problème, on a cette dame on ne sait pas pourquoi, depuis quelques temps elle n'arrive pas à tenir son couvert, ou elle n'arrive pas à tenir son épaule, ou elle ne tient plus debout pour se laver, ou faut qu'on l'accompagne pour se laver* ». Voilà ils n'hésitent plus à nous dire : « *voilà cette dame elle marchait, elle n'y arrive plus* ». Du coup, ça se décide en équipe, on décide si on remet l'accent sur la rééducation et le maintien à la marche, ou si l'objectif n'est pas là parce que c'est un parkinson trop avancé, donc là on part sur d'autres objectifs, et un

accompagnement sur l'autonomie au déplacement avec un fauteuil roulant par exemple.

Et il y a des domaines que vous trouvez ne pas assez explorer avec les résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute dans les activités quotidiennes ou dans d'autres domaines par exemple ?

Alors là oui typiquement, alors ce n'est pas en lien direct avec les résidents, mais c'est en lien indirect avec eux, c'est-à-dire qu'ils sont en train, la direction a choisi de refaire plusieurs unités à neuf, le souci c'est que les ergothérapeutes n'ont pas été consultés, donc les lavabos sont trop hauts, les miroirs sont trop hauts, donc les gens en fauteuil roulant ne peuvent pas se voir, les fauteuils de douche ne sont pas placés aux bons endroits, les barres d'appuies ne sont pas accessibles, et ça voilà, si on avait consulté les ergothérapeutes ce ne seraient pas arrivés. Donc là c'est typiquement le conseil de l'aménagement en fait, de l'environnement, l'adaptation de l'environnement du résident. *[Infos coupées, qui permettraient de reconnaître l'ergothérapeute].*

Il y a aussi également, mais on n'a pas le temps de le faire, mais c'est faire plus de formation, alors on en a fait quelques-unes, mais vraiment ça ne peut pas être de significative, de faire des formations aux personnels soignants. Alors on va en faire quand on va faire le premier levé d'un résident, on va être avec l'équipe, mais c'est vrai que c'est ponctuellement, ce n'est pas toutes les personnes qui sont formées. Et en plus, il y a des difficultés sur certaines équipes, ce sont des équipes qui sont assez anciennes et qui considèrent que des jeunes ergos n'ont rien à leur apprendre donc là aussi c'est tout le challenge, c'est d'amener les choses pour que les soignants se responsabilisent aussi sur le fait de préserver leurs santés. On est aussi en plein milieu entre la direction et les soignants, parce que nous on est aussi entre les deux, on fait le lien entre les deux.

Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? activités de productivité comme faire le ménage, mettre la table, distribué le courrier.

Alors c'est vrai qu'on le fait aussi, je ne vais pas dire que c'est ce qu'on fait le plus, mais c'est vrai qu'on a certains résidents, que ce soit en unité ou dans les unités ouvertes, certains résidents qui à leur entrée en EHPAD ont ce sentiment d'inutilité et

on se besoin de sentiment d'utilité, donc non seulement, il y a la possibilité de le voir en médiation animale, parce qu'il faut s'occuper du chien, c'est aussi un sentiment d'utilité, donc ça c'est en individuel avec l'ergothérapie, mais il y a aussi l'accompagnement des équipes, c'est les équipes qui accompagnent le résident dans ces activités-là, par exemple on a des résidents qui mettent la table, parce qu'ils ont envie de le faire, il y en a certains qui vont nettoyer les tables, on en a certains qui ont envie de pouvoir plier leurs linges et bien, dans ce cas-là, on les accompagne. Effectivement ça fait partie de leurs projets de vie, c'est discuté en PAP, et c'est vrai qu'on en a certains qui nous disent : « *non mais moi j'ai toujours fait ça chez moi, donnez-moi quelque chose à faire, j'ai besoin de le faire.* » Donc effectivement ça arrive aussi qu'on les accompagne dedans, mais c'est vrai qu'ils ont plus de facilité à déléguer.

Et vous vous intervenez dans cette mise en place d'activité ?

Je ne vais pas dire qu'on intervient réellement, parce qu'en général, ceux qui veulent faire ces activités, ce sont des résidents qui ont des capacités, moi je n'ai jamais été confronté à un résident, même en fauteuil roulant, on en a un d'ailleurs, il est en fauteuil roulant mais il met la table quand même. Mais de lui-même, il a posé les assiettes sur ses genoux, il les amène et ainsi de suite, il sait où sont les fourchettes, on lui prépare, parce que forcément la cuisine n'est pas adaptée au fauteuil roulant, mais on lui prépare sur un charriot, et puis après effectivement il est autonome, pour venir les chercher, les déposer. On l'accompagne aussi dans le maintien, la formation concernant les résidents, certains qui mangent avec un antidérapant, certains avec des couverts spécifiques. Alors lui aussi, en apprenant les habitudes de ses voisins, après on jette toujours un œil au cas où, mais ça se passe très bien, après de là à ce qu'on les accompagne vraiment, il n'y a pas un suivi régulier là-dessus.

Et ces patients-là, qui sont acteurs dans le quotidien, est ce que le fait de réaliser de ce type d'activité quotidienne, vous pensez que ça leur permet de maintenir leurs capacités cognitives et physiques ?

Oui c'est vrai que ça les aide aussi. Je pense aussi que ce sentiment d'utilité qui est moteur à l'origine. On a une dame qui était restauratrice toute sa vie, alors certes elle a une maladie d'Alzheimer, mais aujourd'hui c'est un automatisme de

débarrasser la table, on va pas l'empêcher, parce que ce ne serait pas adapté, on ne la laisse pas tout faire, mais si c'est un souhait et qu'elle nous dit : « *non mais moi je l'ai toujours fait* », elle se croit dans un restaurant d'ailleurs, et bien du coup, ok, si ça vous plait on vous laisse débarrasser la table On l'accompagne en parallèle, mais c'est vrai que du coup elle s'entretient, elle marche plus, parce qu'elle fait des aller-retour et que ça sollicite ses capacités physiques, de maintien debout.

Et selon vous, ces personnes-là ils se sentent plus dans un lieu de vie ou dans un milieu médicalisé ?

Je pense qu'ils se sentent plus dans un lieu de vie. Ils ne sont plus passifs ils sont aussi actifs, c'est ce qui fait toute la différence. Mais après ce n'est pas le souhait de tous, mais pour certains c'est un sens primordial, moi je pense qu'il faut au contraire les encourager à donner du sens, on n'est personne pour dire : « non non mais vous n'avez pas besoin de le faire », et surtout en EHPAD il faut encourager tous les souhaits qu'ils vont formuler, dans la mesure du possible, il faut l'encourager au contraire !

3. Entretien 6 :

Avez-vous fait des formations complémentaires durant votre parcours professionnel ? Si oui quelles sont-elles ?

Pas du tout, parce que quand on est en CDD on ne peut pas, mais là en avril je vais en faire sur l'Humanitude et bientôt PRAP 2S.

Dans quelle structure travaillez-vous actuellement et depuis combien de temps ? Travaillez-vous exclusivement en EHPAD ? EHPAD de petits ou gros effectifs ?

En EHPAD, un gros EHPAD, on a 110 résidents.

Vous êtes seule ou plusieurs ergothérapeutes dans la structure ?

Non je suis toute seule, et sur un 80%

Vous y êtes depuis combien de temps ?

Depuis bientôt un an.

Et il y a seulement du long séjour, ou il y a aussi un PASA, du court séjour ?

Il y a que du long séjour, et il y a aussi une unité protégée d'une vingtaine de résidents.

Dans lequel vous intervenez également ?

Oui tout à fait.

Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?

Alors, pour moi, c'est le fait de pouvoir faire les activités que la personne a envie ou a besoin de faire autrement. Et pour un résident en EHPAD, c'est de lui demander par rapport à son engagement occupationnel, est-ce que lui il a envie de faire choses, est-ce qu'il peut encore les faire, même si lui il les fait différemment, est-ce que lui il a envie de les faire autrement mais mieux, et ça passe par les loisirs, la vie sociale dans la résidence.

Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?

Il y en a pleins, je suis un peu pressée par le temps et puis le fait que je sois toute seule, donc je suis obligée de cibler, je fais un atelier en unité protégée toutes les semaines, j'alterne soit sur le maintien des fonctions cognitives et de la limitation des troubles du comportement. Et l'autre semaine je fais au niveau de la prévention des chutes et de l'équilibre, un atelier gym douce. Et ça c'est pour l'unité protégée.

Et pour l'unité traditionnelle, une semaine sur deux je fais un atelier gym douce et toutes les semaines avec des résidents, en individuel, ce n'est pas forcément du groupe je fais des activités pour le maintien cognitif.

Et quels sont leurs impacts sur les résidents ? Bien entendu le maintien des capacités mais est-ce que vous voyez d'autres conséquences ?

Oui, l'orientation temporo-spatial qui est nettement améliorée quand on propose une activité cognitive tous les jours à la même heure, on les oriente beaucoup, ça permet de leur demander, on leur demande toujours la saison dans laquelle on est, ça permet de les orienter. Et après on observe aussi d'avantages de facilité, quand c'est du groupe, des capacités de communication avec les autres, dans d'autres contextes que l'activité. Parce que c'est vrai qu'au début les gens sont tous un peu dans leurs coins, surtout les résidents, et puis finalement quand tu fais des groupes qui marchent bien, il y a beaucoup plus de relation entre les résidents même en dehors du groupe.

Et est-ce que vous voyez même des bénéfices qui ne sont pas à proprement l'objectif visé initialement ?

La vie sociale, je dirais aussi la capacité de certains résidents à être très empathique avec les autres, à ressentir des émotions que je pense qu'ils ne pensaient pas pouvoir ressentir. Je pense notamment à une personne qui est assez apathique et qui une fois dans le groupe, elle se trouve un rôle et elle aide les autres.

Et comment vous choisissez les personnes qui rejoignent ces groupes ?

Eh bien, je fais des évaluations, quand c'est gym douce je prends en général toutes les personnes qui ont besoin de stimulation motrice ou de travailler la prévention des chutes, des personnes qui marchent et qui chutent. Ou bien alors qui sont souvent assises aux fauteuils et qui ont besoin de bouger justement. Et d'un point de vue

cognitif c'est par rapport au MMS que fait passer la psychologue et quand moi je vois qu'il y a une majoration des troubles du comportement, je mets en place des séances.

Les séances vous les animez seule ou en collaboration avec d'autres professionnels ?

Alors, ça dépend, mais le plus souvent c'est seule, et en collaboration avec l'animatrice on fait un repas thérapeutique. Ça je ne vous en ai pas parlé. C'est une fois par mois. Ça, c'est bien il y a les deux regards, moi je suis plus sur le côté fonctionnel et elle est les plus sur le côté relationnel justement.

Et du coup ce repas thérapeutique ça se passe comment ? Vous faites du début à la fin ? le choix du menu, les courses

Alors oui tout à fait, enfin là on ne fait pas les courses parce qu'il y a le covid, mais on leur demande ce qu'ils veulent manger : entrée plat dessert. A partir de 10h du matin on leur laisse faire la cuisine, on les aide un peu petit, mais on les laisse faire le plus possible, et puis après on met la table, et on mange tout ensemble.

Et vous avez un retour des résidents sur ce type d'activité ?

Ils disent que c'est bien, mais la plupart oublie au bout de quelques jours ce qu'ils ont fait, mais non globalement ils sont satisfaits, ça change un peu leurs routines du quotidien.

Parce que là c'est proposé à ceux qui sont dans l'unité protégée plutôt ?

Non non c'est dans l'unité traditionnelle. C'est pour des personnes qui savent cuisiner un petit peu, qui ont des bases, ce sont des personnes qui ont des troubles du comportement de léger à modérer pour pas que ça perturbe trop le groupe non plus. Et ce sont des personnes qui n'ont pas de régime alimentaire particulier, parce qu'on ne peut pas prendre des personnes qui sont en mixé ou des choses comme ça.

De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leur permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?

Tout ce qui est toilette, habillage, soit on travaille dans le détail, si le résident a une demande particulière, sinon on fait des toilettes évaluatives, là ça me permet de voir les capacités ou les choses que la personne a envie de mieux faire ou de faire

différemment. Au niveau des transferts, bah là c'est pareil, si le résident a des demandes, ou sinon c'est moi qui vais observer, évaluer, et voir s'il y a des soucis à ce niveau-là. Pour les repas, là j'évalue au cas par cas, et je fais une évaluation au repas s'il y a besoin. Mais en général ce sont les soignants qui font remonter, parce que moi je ne peux pas tout voir, mais en général il y a une demande de base des soignants qui me disent qu'il y a un tel qui n'arrive pas à boire ou des choses comme ça.

Et du coup vous l'accompagnez en lui proposant des aides techniques, des solutions

Oui c'est ça, des aides techniques au repas, mais adapté à la difficulté de la personne.

Et parfois les démarches viennent directement du patient ?

Oui, toutes les personnes qui ont un bon niveau cognitif, qui sont en mesure de nous parler c'est comme ça que ça se fait. Par exemple cette après-midi, il y a une résidente qui m'a parlé du tricot, et ce n'est pas moi qui l'ai amené sur le sujet des loisirs, c'est elle qui est venue me dire qu'elle souhaitait pouvoir refaire du tricot. Et depuis qu'elle avait eu une hémiplegie, elle avait peur de ne pas y arriver, et donc c'est elle qui a émergé ce désir-là et ce n'est pas moi qui lui ai posé la question.

Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?

Et beh, je pense que ça permet de voir que grâce à l'ergo on peut faire encore plein de choses, mais différemment.

Ils comprennent un peu ce que c'est que votre métier les résidents ?

Pas vraiment, parce qu'on touche à plein de choses. Donc souvent je leur réexplique, on pose souvent la question : qu'est-ce que c'est que l'ergothérapeute tout ça. Mais ils oublient en fait. Et ils ne savent pas vraiment en fait. Je peux très bien venir pour un problème de chaussures, ou un problème de couture, ils ont du mal à se dire que c'est une seule personne qui peut faire tout ça. On est un peu polyvalent.

Vous avez des retours des proches des fois ?

Alors pas du tout à cause du covid, avec le confinement on ne voit plus personne. Il y a des visites des familles, mais moi je cours toujours à droite à gauche et du coup non je n'ai pas le retour des familles.

Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ? En tout cas est ce qu'il exprime leurs besoins ?

Alors bah par exemple, je fais un parallèle avec le projet personnalisé du résident, c'est un projet qu'on doit faire conjointement avec la psychologue, le médecin, le cadre, enfin c'est une collaboration, où on doit donner des objectifs pour l'accompagnement de la personne, pendant tout son séjour en EHPAD et nous, c'est vrai qu'on doit demander si elle a des demandes ou quoi. Des fois elle n'en a pas, mais c'est à cause des troubles cognitifs, et c'est à nous, en ergo, de chercher, alors des fois c'est facile, si la personne elle a un problème de positionnement, alors on va chercher un nouveau positionnement, il y a des choses qu'on sait, mais il n'y a pas forcément de demande par rapport à ça. Des fois aussi j'ai des demandes qui ne correspondent pas, on me demande si je peux, je ne sais pas je vais dire une bêtise, mais ce n'est pas mon corps de métier, des fois on me demande si je peux réparer la batterie d'un lève-personne, non ce n'est pas trop notre métier.

Et la demande elle vient de qui ?

Des résidents qui le disent aux professionnels, parce que le résident il ne sait pas à qui s'adresser et puis le professionnel me le dit parce qu'il ne sait pas trop non plus à qui s'adresser.

Donc pour vous il y a une méconnaissance du métier, aussi bien des résidents mais aussi des professionnels ?

Oui oui oui, oui oui oui, oui.

Et vous pensez qu'on ne vous demande pas autant qu'on devrait vous demander, par méconnaissance ?

Oui, je pense, parce qu'il y a beaucoup de choses que je constate par moi-même. Et c'est vrai que je pense, après je ne sais pas si c'est de la méconnaissance, parce qu'elles sont formées, ça fait maintenant pas mal de temps qu'il y a une ergo ou alors parce que c'est juste qu'elles n'ont pas l'observation. Je ne sais pas.

Et les résidents ils ont des demandes parfois qui se rapprochent de ce qu'ils pouvaient vivre dans leurs vies avant l'EHPAD et qu'ils voudraient mettre en place mais que la collectivité ne leur permet pas ?

Oui, oui il y a des personnes qui voudraient rentrer chez elle, donc là c'est compliqué d'arriver à ce qu'ils se sentent bien dans la résidente. Et il y a des personnes qu'on va voir de temps en temps, mais ils passent tous leurs temps dans leurs chambres, ils ne veulent pas descendre, ou côtoyer d'autres personnes, donc pour ces personnes-là qui veulent juste rentrer chez elle, c'est compliqué de trouver des objectifs et de trouver un suivi.

Et vous, en tant qu'ergo, vous pensez vous pourriez leur amener quoi ?

A ces personnes-là, à part du soutien, du soin relationnel, je pense que c'est tout ce que je peux apporter.

Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ? Ou tout du moins depuis que l'ergo intervient, alors vous me disiez qu'il y a une ergo depuis longtemps, vous n'avez peut-être donc pas le retour.

Alors oui, je ne peux pas trop savoir vu qu'il y avait d'autres ergos avant. Mais je pense que oui c'est quand même bien, je pense notamment à tous ce qui est activité motrice, l'animatrice n'en fait pas, et les kinés, parce qu'on a des kinés libéraux qui viennent faire travailler les résidents, mais ils ne sont là que 5/10 minutes, deux fois par semaine, alors que moi que quand je les fais travailler c'est pendant une heure, donc je pense que c'est bénéfique pour plein de choses, mais je ne saurais pas dire exactement quoi, le degré de satisfaction, ou dans quel domaine.

Il n'y a pas eu un retour par exemple du nombre de chutes, qui montrerait que depuis par exemple qu'il y a l'atelier autour de l'équilibre, justement il y a moins de chutes ?

Alors si justement, j'ai commencé à faire des statistiques depuis que je suis arrivée, il y a moins de chutes mais il y a plus de contentions, donc je pense que c'est sûrement qu'il y a plus de contention qu'il y a moins de chutes, et pas forcément grâce à l'atelier.

Je ne pense pas qu'il y ait un lien, il y a trop de paramètres, surtout que je pense qu'en EHPAD il faudrait en faire plus souvent qu'une fois par semaine, mais moi je ne peux pas faire plus, mais au minimum deux fois par semaine ce serait bien.

Là, vous avez vos temps d'activités qui vous prennent une heure c'est ça ?

Oui, une heure et demie.

Et le reste du temps c'est de l'accompagnement en individuel ?

Oui tout à fait. J'ai plein de demandes, la formation des soignants, le positionnement des résidents, les besoins en aides techniques.

Vous formez les soignants à la manutention ?

Oui.

Vous avez un retour des soignants sur cette démarche ?

Ils disent que c'est bien de faire des rappels, parce que justement ce n'était pas fait avant. Mais moi je trouve que c'est important, parce que sinon notre travail il est incompris et il n'est pas suivi dans le temps. Il suffit qu'on ne soit pas là pendant une semaine, donc après il ne se passe plus rien. Donc moi j'espère qu'en faisant cette formation, il y a une meilleure compréhension et puis qu'on puisse encore plus collaborer.

Et ça aide justement à la collaboration que vous fassiez les formations, passez du temps avec les soignants ?

Oui, on me dit plus de choses, je pense aussi qu'on a moins peur de se faire juger. Parce que c'est vrai qu'on est un peu comme la personne qui s'occupe de ça, mais ils n'osent pas trop déléguer non plus.

Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorer dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?

Oui, je pense notamment à la prise des repas, je pense qu'il y a beaucoup de résidents qui auraient besoin d'avoir des aides techniques adaptés mais qui n'en ont pas parce que je n'ai pas le temps pour tout le monde. Je pense aussi aux loisirs, bah

là le tricot avec la dame j'en ai fait, mais c'est la seule chose que j'ai fait en loisirs que j'ai fait depuis que je suis arrivée, je me concentre plus sur la mobilité, le transfert, les déplacements. Je n'ai pas le temps de faire les loisirs des résidents en tout cas depuis que je suis là.

Du coup vous n'avez travaillé qu'en période de covid ?

Oui voilà, je suis arrivée pendant le covid.

Ça explique peut-être qu'il y a des choses qui sont vécues, peut-être différemment qu'en temps peut être normal.

Je ne sais pas, parce que ... je ne sais pas. Au premier confinement on a changé un peu notre fonctionnement, depuis, on n'a pas fait trop de changement. On a juste plus d'intervenants extérieurs pour les activités. Ça je pense que ça joue pas mal sur l'humeur des résidents, c'est vrai qu'ils en parlent. On avait la chance d'avoir un spectacle par semaine, donc soit du chant, de la danse, de la musique classique, on avait toujours quelqu'un et ça a été arrêté depuis un an.

Et vous pensez que l'ennui ça peut créer une dégradation physique et cognitive ?

Oui tout à fait, pour moi, ça majeur les troubles du comportement déjà, les personnes elles ressassent ce qu'elles ont déjà fait, et elles sont complètement perdues au bout d'un moment, et oui ça perturbe le cerveau et puis au niveau moteur c'est pareil, si on ne fait plus rien on se dégrade plus vite. Je pense que c'est la chose à travailler en EHPAD pour pas que les résidents s'ennuient, d'où l'intérêt d'avoir un pôle de soins adaptés pour les personnes qui ont des troubles cognitifs.

D'où l'impact de l'ergo dans les activités.

Oui tout à fait.

4. Entretien 7 :

Avez-vous fait des formations complémentaires durant votre parcours professionnel ? Si oui quelles sont-elles ? Relance : Snoezelen, Montessori, Humanitude, par exemple

Alors j'en ai fait, mais plus côté libéral, donc ça va être plus côté postural et passation de bilan pour les jeunes enfants, donc pas trop à voir avec les personnes âgées, mais j'essaie de me former tous les deux ans, parce que mine de rien ça coûte un peu cher, surtout qu'au vu de mon statut c'est moi qui me le paye. [...].

Vous êtes organisé comment actuellement sur votre temps de travail ?

Alors du coup, pendant 4 ans je faisais 50% en maison de retraite, mais j'avais quand même el statut libéral, 50% avec des enfants. Du coup là j'ai un peu changé en ce début d'année, je ne fais plus que 25% en maison de retraite dans un accueil de jour et le reste en libéral avec pleins d'autres partenaires parce que finalement j'ai développé avec un SSIAD aussi et avec de la simulation cognitive dans une résidence sénior, ça reste un peu dans la personne âgée mais un peu plus cognitivement parlant présente on va dire.

Dans quelle structure travaillez-vous actuellement et depuis combien de temps ? Petite structure ? Grosse structure ?

C'est une structure de 90 lits, avec une unité Alzheimer et plus l'accueil de jour qui accueille 8 personnes, mais avec le covid c'est moitié moins, c'est 4 personnes. C'est une obligation on est moitié moins pour les accueils de jour, et ce n'est pas évident de remplir l'accueil de jour parce qu'il y a plein de personnes qui ont peur du covid etc. et on a eu le cas justement d'une personne qui était covid justement et ça a mis un peu la pagaille.

Ça a l'air compliqué un peu cette période avec le covid, surtout dans les EHPADs et maison de retraite ?

Oui ça a été très compliqué, surtout l'année dernière où je suis passée d'un 50% à un temps plein, mais pour faire : pour donner à manger, faire des animations, faire des vraies animations, je passais dans le couloir en chantant, de la musique, du coloriage, pour voir dire que c'était fantastique. [rire]

Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?

En EHPAD, pour moi le terme occupationnel, j'ai un peu de mal avec parce que tout peut être considéré comme de l'occupationnel concrètement, parce que même si vous amenez un projet qui va être concret par exemple dans une construction, ça va être toujours de l'occupationnel. Pour moi la participation occupationnelle, je m'en suis occupée beaucoup d'un projet qui m'a tenu à cœur c'est un jardin thérapeutique et donc du coup-là du coup ça remettait tout dans l'occupation clairement, parce qu'il fallait avoir quelque chose d'ordonné, de pouvoir arroser, de pouvoir ramasser, pouvoir entretenir, donc du coup pour moi ce côté occupationnel on l'a toujours. Je pense que c'est vraiment une définition personnelle, parce que du coup dans un EHPAD c'est toujours de l'occupationnel. Parce que les personnes sont tellement peu stimulées, tellement peu, enfin on a tellement envie de leur proposer plein de choses que ça revient à ne faire de l'occupationnel. Parce que finalement elles n'ont rien d'autre à faire. C'est vraiment, ça va être des projets qui vont s'inscrire dans une vie de tous les jours.

Organisez-vous des ateliers, vous parliez du jardin thérapeutique, il y a d'autres choses que vous faites de ce type-là ? Des choses mises en place que vous faites régulièrement ?

Alors du coup j'ai mis en place un atelier menuiserie avec les messieurs de la résidence, parce qu'il fallait quelque chose d'un peu plus « macho » on va dire, [rire] que du jardinage, quoique j'avais des messieurs, parce que c'est vrai qu'il y en a qui s'occupaient beaucoup du jardin de la maison, mais du coup j'ai mis en place un atelier menuiserie, donc on a fait une rénovation des grands ponts qu'il y avait sur la terrasse qui était un peu délabrée. Donc on a tout re-poncé, on a tout verni, on a tout réassemblé. C'était vraiment sympathique. Et j'avais même pris, bon ce n'était pas évident, mais j'avais pris des résidents hémiplegiques, donc j'avais un peu peur de temps en temps quand je tenais le clou. J'avais des gants, mais je leur disais « visez bien hein, visez bien » [rire], donc j'évitais ceux qui avaient de l'héminégligence, parce que là j'aurais été foutu, [rire]. Donc voilà j'ai fait ça. On avait mis en place avec la psychomotricienne, on avait fait un projet sur un an de prendre les grands dépendants, donc là c'est vraiment les grands dépendants quand il y a peu de communication,

qu'elle soit verbale ou non verbale, quand dans la vie de tous les jours il y a une dépendance totale, et du coup elle s'occupait beaucoup du côté psychomotricien, donc du côté plutôt sensoriel, du côté relaxation, une approche avec la salle snoezelen, etc, et moi je m'occupais d'un côté un peu plus pratique on va dire, créatif, artistique, donc on a fait beaucoup de décoration pour Noël, pour Pâques, c'était des thèmes que je proposais et on travaillait dessus au fur et à mesure, pour donner un petit peu un sens finalement à ce qu'on faisait, parce que peindre pour peindre, ça c'est de l'occupationnel à fond, fond fond, c'est pire que de l'occupationnel du coup, ça n'a pas de sens.

Et quels étaient vos objectifs ?

Alors les objectifs c'était vraiment une réintégration sociale déjà, pour qu'on puisse les remettre en groupe, parce que l'animatrice, que j'adore hein, faisait son maximum avec les personnes qu'elles avaient, mais c'est vrai que quand on a en face de nous une personne qui ne nous répond pas, c'est compliqué d'avoir un échange, de l'intégrer socialement, alors qu'on sait que dans un EHPAD il y a différents niveaux cognitifs. Différents niveaux moteurs. Et de ce fait les gens vont avoir tendance à se rassembler suivant leurs ressemblances, clairement, ça va être ça, donc si on plus, cognitivement parlant, de facilité, on va se mettre plus ensemble, voilà après ça va être, par exemple au niveau moteur on avait le gang des déambulateurs, enfin c'est plutôt comme ça. Les personnes qui étaient très dépendantes, justement on les parquait dans un coin, du coup il y avait aucune intégration, vraiment aucune intégration, déjà il n'y avait aucun but. Alors déjà, on les mettait ensemble, mais du coup au moins ça permettait de les rassembler, et de ne pas mettre dans un coin madame machin, monsieur machin dans un autre coin. Et du coup on avait ça et ensuite c'était exploiter les capacités restantes au maximum que ce soit pratiques, gnosiques, motrices, cognitives, on essayait à fond d'avoir ça, et après j'ai fait des groupes de niveaux pour que ce soit homogène, pour éviter que je reste qu'avec Mme machin et que le reste finalement je ne m'en occupe pas. Voilà c'était les deux grands axes majeurs. Et puis leur redonner une estime de soi, leur redonner une place dans la société, même si cette société c'était un microcosme, que c'était l'EHPAD ; mais au moins ça les faisait exister un peu, on savait qu'ils étaient là, on savait qu'on pouvait leur proposer quelque chose.

Et du coup avec les groupes ayant plus de capacités cognitives et physiques, pour le jardinage et la menuiserie c'était plutôt quoi ?

Et beh c'était justement de redonner un rôle social, parce que plusieurs personnes me disaient qu'en fait chez elles, elles faisaient tout comme nous enfaite finalement, on met la table, si on a un jardin et une terrasse, on s'occupe de notre jardin et de notre terrasse. On fait la machine à laver, on plie le linge, c'est tout bête. Et on leur enlève beaucoup de choses quand on arrive en EHPAD au niveau du soin, c'est plus elles qui prennent soin d'elles. Au niveau de la préparation des repas, c'est un cuisinier qui le fait, la table ce sont les ASH qui le mettent. Enfin, on leur enlève énormément de choses. Donc la première question qu'elles ont c'est : « *mais moi je sers à quoi ? Qu'est-ce que je fais là, à quoi ça sert que je sois là, moi de toute façon je m'ennuie, je reste dans ma chambre et j'attends, j'attends que la mort arrive, etc. J'attends patiemment, j'ai eu une belle vie, je m'en fous.* » Donc bon, là forcément, quand on est dans ce cas-là, on comprend totalement ce genre de parole et on sait très bien que pour certains c'est la vérité, ils attendent que ça, mais on sait aussi très bien que pour d'autres ils attendent autres choses, c'est une importance, un rôle social. Et donc à partir de ce moment-là, on a fait des « responsables » [mime les guillemets], voilà, pour le jardin, j'ai fait l'atelier menuiserie, pour qu'ils puissent dire aussi à leurs familles : « *c'est moi qui l'ai fait, j'entretiens si, j'entretiens ça.* » et donc c'est redonner tout un sens, redonner des possibilités d'existences aux personnes qui sont là dans l'EHPAD. On avait aussi une personne qui était en charge de la distribution du courrier, on avait customisé un déambulateur avec marqué : « la poste » partout, c'était énorme, on s'était vraiment bien marrer à faire ça. Et il s'arrêtait dans toutes les chambres, ils discutaient, donc c'était un rôle qu'on lui avait donné, et tout le monde le reconnaissait, « c'est le postier » c'était rigolo. Et puis mine de rien, c'est leurs prouver qu'ils sont encore capables de faire quelque chose. Parce que beaucoup disent : « c'est bon, je suis plus bon à rien. » Parce qu'ils n'arrivent plus à se laver le dos ou les pieds ou des choses comme ça. Et du coup ils se disent plus bon à rien. Et ça leur permet de se remettre dans une vie de tous les jours et ça leur permet aussi de s'épanouir de nouveau, finalement.

Et vous avez pu constater un impact important sur les résidents qui participaient aux ateliers ? Une évolution ?

Alors pour notre groupe de grands dépendants, on va dire qu'il n'y avait pas forcément d'évolution, parce que c'était surtout de la conservation qu'on cherchait, de la conservation de tout ce qui était ... de toutes les capacités restantes, parce qu'on savait très bien que demain ils n'allaient pas nous faire des loopings dans le ciel. Mais du coup c'était surtout de la conservation de capacités. Pour les autres par contre, à partir du moment où on a redonné un rôle social on a vraiment trouvé qu'ils étaient plus extravertis, plus dans la demande de participation. Et plus dans la demande d'intégration de nouvelles personnes, ils vont en parler à d'autres personnes qui vont se dire : « ah bah pourquoi pas » et donc du coup ils vont les faire venir au fur et à mesure. Ça a été vraiment un échange et après on a eu une amélioration de l'humeur. On en a beaucoup qui était sous médicaments, clairement pour l'humeur, parce qu'antécédent grave de dépression, et bien on a vu leurs dosages au fur et à mesure diminuer, ça c'est travail de longue haleine, c'est un travail avec la psychologie, la psychiatre, les deux médecins de la structure pour qu'on puisse, voilà juger au fur et à mesure si ça va mieux, si ça ne va pas mieux. Faire des évaluations, sur le long terme, ça a mis du temps à se mettre en route.

Et du coup vous les aviez en groupe combien de fois par semaine ? Je ne me rends pas compte de la durée et de la redondance.

Alors du coup, c'était souvent enfin c'était une fois par semaine parce que malheureusement mon emploi du temps ne me permettait pas de faire plusieurs fois par semaine, parce que je m'occupais à côté de la matériovigilance, du positionnement, etc. Donc je courrais un peu partout clairement et en général je prenais 1h30 pour le jardin, et 1h30 pour la menuiserie. Et pour les grands dépendants j'avais deux groupes de 45 min, parce qu'au-delà de 45 min, voir au-delà de 30 min parfois c'était compliqué d'avoir de l'attention, de la concentration et de la motivation, parce qu'ils étaient très fatigués. Et on sait très bien que plus la personne vieillie, moins elle va dormir longtemps, mais c'est plus espacé. Il y a des moments dans la journée où elle va dormir, etc. C'est comme ça au fur et à mesure, le sommeil se dégrade un peu.

Et vous animiez en collaboration pour ces ateliers là ou vous étiez seule ?

Alors, pour le jardinage, parfois j'avais la psychomotricienne qui s'y greffait donc si on voulait prendre un groupe un peu plus important, bah du coup je la faisais venir un peu petit avec moi parce que sinon elle ne peut pas s'occuper de tout le monde et c'est un peu compliqué. Et la menuiserie je le faisais moi-même, seulement moi, parce que j'avais seulement 4 messieurs qui voulaient participer, parce qu'en EHPAD si vous avez 10 messieurs c'est le grand maximum. Et après pour les grands dépendants avec la psychomotricienne on avait chacune notre groupe. Après ce qu'il faut savoir c'est que dans mon EHPAD c'est un peu particulier, la direction ne voulait pas que l'on s'associe trop avec la psychomotricienne, pour avoir plus de temps, le plus d'ateliers possible, le plus de temps, pour faire un peu vitrine. Dès qu'on a lancé le projet grand dépendant, on m'a dit : « tu es à 50%, tu feras donc 2 ateliers » alors oui, mais il y a la réalité des choses aussi derrière, de ce qu'on peut faire ou pas, etc. C'est très compliqué. Par exemple ils nous ont annulé l'atelier chute, enfin équilibre, pour prévenir les chutes parce qu'on avait énormément de chuteurs. Et du coup, ils nous l'ont annulé parce qu'on était toutes les deux. Mais bon il y avait 8 personnes et à deux bah c'est plutôt pas mal en fait. Mais bon.

Il y a peut-être une problématique aussi du métier de chacune ? que les objectifs sont différents etc.

Non mais vous avez mis le point là où il faut. C'est-à-dire qu'au bout de 4 ans dans la structure, la cadre de santé ne savait toujours pas me différencier de la psychomotricienne.

De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leur permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?

Alors sur la vie quotidienne, on va dire que j'intervenais beaucoup pour la ... [pause]. En général, quand il y avait un nouvel entrant, moi je faisais une évaluation, donc c'est-à-dire une évaluation qui concernait la toilette, l'aménagement de l'environnement, au niveau de la marche, mais rapide parce qu'il y avait beaucoup de kiné et je leur refaisais le taff un peu quand même. Après au repas, et du coup je les aidais par rapport à ça en mettant en place des compensations, s'il y avait besoin. Et pour certaines personnes on avait un repas thérapeutique, d'un coup ça me revient.

On faisait un repas thérapeutique, on avait 6 personnes. Donc là, là ! la psychomotricienne elle pouvait venir avec moi, mais bon on avait qu'un seul jour en commun donc ça allait.

Et c'était toutes les semaines ?

Oui c'était toutes les semaines et trois fois par semaine. Donc du coup on déjeunait avec les résidents. 4 fois par semaine. Moi je déjeunais deux fois par semaine avec les résidents, et la psychomotricienne deux fois par semaine. Et quand je n'étais pas là, où que la psychomotricienne n'était pas là, on prenait une aide-soignante avec nous. Et du coup on ne donnait pas à manger aux personnes, on mettait en place des choses, des compensations, des verres à découpes nasales, des gros manches pour les couverts, ou des couverts incurvés, bref tout ce qu'on peut avoir comme adaptation, et on les stimulait à manger. Donc pour la vie de tous les jours, je mettais plutôt en place des compensations plutôt que des ateliers pour mettre la table, après c'est structurel, c'est le problème qu'on a eu, ils ne voulaient jamais que ce soient les résidents qui mettent la table parce que ce n'est pas hygiénique. Du coup on avait du linge à plier, des serviettes de table, mais c'était destiné qu'à deux personnes.

C'est dommage.

Ah mais totalement. Mais on l'a dit un nombre incalculable de fois, mais bon c'est institutionnel. Mais là dans la maison de retraite où je suis actuellement, ils vont tendre à faire ça au fur et à mesure.

C'est quelque chose que vous vous tendez à mettre en place ?

Ah oui totalement. Je leur ai dit directement dans mon entretien d'embauche, on va faire l'opposer de ce que je faisais avant, on va mettre en place des activités de vie quotidienne, donc voilà, l'idée du facteur les a séduites, donc on va essayer de mettre ça en place. Et du coup mettre la table, être accompagné d'une ASH pour mettre la table, donc là comme ils sont en train de terminer des travaux importants, ils ne sont pas forcément dispos pour parler de mettre en place des trucs comme ça, mais ça ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd et on va mettre ça en place, de toute façon.

Donc comme ce n'est pas en place, vous n'avez malheureusement pas encore le retour des résidents ?

Non, mais dans l'autre structure quand on avait voulu mettre ça en place, on avait eu beaucoup de participants, enfin beaucoup de personnes qui auraient voulu participer, et qui malheureusement était vraiment déçue de ne pas pouvoir mettre ça en place, parce que c'est vraiment quelque chose qui leur manquait, mettre la table, ça leur fait plaisir, et en plus ils m'ont tous dit : « *ça m'aurait fait plaisir de mettre la table pour untel, un truc, faire du pliage de serviette, genre un cygne* ». On s'était vraiment renseigné pour faire un truc sympa, on a été complètement bâché. C'est dommage, mais malheureusement c'est souvent ça. Donc au fur et à mesure, ça fait que 5 ans que j'ai mon diplôme, mais au fur et à mesure je déçante, on déçante, on déçante jusqu'à trouver un peu un jour une perle rare, un peu quelque chose, un endroit qui nous permette d'être bien, d'être mieux. Mais malheureusement on ne peut pas mettre ça n'importe où.

Après je l'espère, les mentalités vont évoluer, plus il y aura d'ergos qui auront ce type d'approche, plus ça deviendra peut-être naturel pour les institutions de le mettre en place.

On verra On verra.

Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans leurs quotidiens occupationnels ?

Alors, on sait très bien que nous les ergos on est là pour redonner une indépendance et une autonomie dans la vie de tous les jours. Ça c'est la définition bateau que je sers à tout le monde en soirée. Mais finalement ça se rapproche énormément de ce que l'on fait. On redonne une indépendance, on redonne une autonomie même si elle est minime on est vraiment dedans. Et finalement d'aidé à mettre en place ce genre de projet, d'inclure des personnes, de les motiver au projet à faire, ça redonne toujours un élan je trouve, un élan de vitalité, un élan d'envie pour la personne concernée, qui va ensuite être force de proposer, et se réinscrire dans un projet, dans son projet de vie, son projet à elle, qui est celui, comme ils disent tous : de ne pas finir vieux et gâteux dans un EHPAD où on nous fait tout et finalement attendre la mort. Ça redonne une envie, ça redonne une estime, ça redonne vraiment

tout un sens qui a été perdu au fur et à mesure des années où on leur enlevait des pans d'autonomie, d'indépendance, et nous on est là pour leur redonner. On est comme un levier, un moyen pour justement redonner tout ça et les aider à voir qu'il y a autre chose que de la dépendance.

Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ? alors plutôt sur l'ancien poste, entre le moment où vous êtes arrivé jusqu'à celui où vous êtes parti, des choses qui ont pu être mises en place et qui roulaient, peut-être moins de chutes au niveau des patients, une meilleure qualité de vie ressentie des patients. Est-ce qu'il y avait une ergo avant vous déjà ?

Alors non, c'est une création de poste. Quand on avait notre atelier équilibre, on a pu mettre en place beaucoup de chose pour ce qui était chute et enfaite à ce moment-là, on a eu des retours positifs, donc ça veut dire qu'on a identifié les grands chuteurs, et on a fait un travail en amont avec la psychomotricienne qui était responsable des chutes, et du coup après une première session et une deuxième session qui durait 12 semaines, c'était un peu fabriqué quand même, mais on avait pris toutes les lectures qu'on avait pu. On avait mis un programme sur 12 semaines, et on avait constaté qu'après les 12 semaines il y avait moins de chutes. Mais que ça revenait rapidement.

Il fallait donc de l'entretien pour que ça puisse perdurer ?

Oui, il fallait de l'entretien. Et pourtant on avait énormément de kinés dans la structure, ils prenaient tous les résidents dans la structure, mais parfois c'était 5 min, donc ça n'a aucun intérêt, même des fois ils arrivaient en retard ou même ils devaient partir plus tôt, donc ils ne prenaient carrément pas le résident. Donc c'est compliqué, et ils écoutaient beaucoup les résidents qui disaient : « *oh, aujourd'hui je suis fatigué, je ne peux pas marcher.* » Euh à quel moment ? [rire], ça ne prend pas, c'est faux. [rire] Je passais à ce moment-là, je leur disais : « *pardon ?* » [rire] et là ils se levaient d'un coup. « Non non je n'ai rien dit ».

Et d'après vous, qu'est ce qui fait la différence justement entre un kiné qui n'arrive pas à stimuler son patient, et vous qui arrivez et qui leurs dites : « si si, allez »

Je pense qu'il y a une bonne part d'écoute des résidents, ça va être une bonne part On va les apprivoiser, on est encore quelqu'un qui débarque dans leurs vies, déjà qu'ils voient quand même beaucoup d'aide-soignants, parfois les postes sont vacants longtemps, et on a des vacataires, des intérimaires, etc. Donc c'est compliqué en plus, c'est quelqu'un qui arrive dans leur intimité, de faire encore confiance à quelqu'un, c'est encore compliqué, après moi je sais que j'ai des facilités avec tout le monde, parce que je blague souvent, enfin j'ai toujours le sourire, et puis après je sais reconnaître quand il y a des mythes, quand ils sont réellement fatigués, ça se voit sur leurs visages. Et je pense qu'il y a un côté empathique, qui fait que dans notre métier, on est quand même plus empathique que le kiné qui va être très motricité, très fonctionnel. Nous on va être dans le tout. On voit tout à côté, le kiné va être plus centré, et du coup c'est compliqué d'avoir la même relation. Et même s'ils se voient tous les jours, ils se voient peut-être tous les jours 20 minutes. Après il y en a bien qui veulent le faire, et il y en a qui ne veulent pas le faire, ils s'en fichent. Clairement ils sont là pour passer la carte vitale et on y va. Donc voilà, après ça dépend de chaque personne. C'est vrai que moi j'ai toujours eu de bons contacts avec les résidents.

Les résidents ils ont compris ce que c'était le métier d'ergo ?

Alors, pour certains oui, pour d'autres non. Parce qu'ils me voyaient m'occuper de tout. Du coup c'était très vague. Il y en a certains dont je ne m'occupais pas forcément parce qu'ils étaient quand même très indépendants, et donc du coup ils avaient les animations avec l'animatrice, pleins d'autres choses à côté, donc je ne vais pas sur-solliciter une personne qui est déjà très sollicitée, et justement au contraire, moi j'allais plutôt vers des personnes, comme le groupe grands dépendants, ce genre de personne qui elles ne sont pas du tout sollicitées ; Et en général, s'ils avaient un déambulateur, j'allais le régler , j'allais régler le matelas à air, et après j'allais donner un couteau à gros manches à une autre personne et les personnes me disaient : « *mais enfaite vous faites tout ici* ». [rire] C'était un peu flou.

Je me dis que justement dans ces cas-là, où l'ergo à une démarche plutôt globale et intervient dans des champs très variés, ce n'est pas forcément évident. C'est vrai qu'on a une idée de ce qu'est le métier d'une infirmière, d'une aide-soignante, d'un kiné, mais l'ergo ça paraît un peu arriver de nulle part, et ça intervient partout et ce n'est pas forcément évident de comprendre ?

Oui et puis ce qui les perturbait aussi beaucoup c'est que je travaillais aussi avec des enfants. Ils me disaient : « mais tu fais quoi avec des enfants ? tu ne fais pas pareil qu'avec nous ? » Alors non non je ne fais pas la même chose. Mais ouai ça les perdait un peu plus, mais bon ils m'identifiaient pour leurs besoins, ils savaient à qui s'adresser en cas de besoin.

Les résidents vous demandaient parfois directement les choses ?

Ah oui, oui, beaucoup, parce que finalement il y a quand même du bouche-à-oreille, il y en a certains qui adorent parler de tout ce qu'il se passe, et se retrouve en cercle et parlent de tout ce qui se passe dans la maison. Et donc pour les nouveaux, les anciens présentaient un peu tout le monde et donc « *Voici XX, qui s'occupe des fauteuils* ». Alors bien sûr, parce que j'étais responsable de la matériovigilance, donc forcément. Même si j'étais plus sur le positionnement que monter un cale pied, mais ce n'est pas grave. Et donc des fauteuils et des lits, parce que ça va de pair apparemment, donc c'était fauteuil-lit, et puis après je faisais des groupes. Donc voilà, il y a plein de gens qui voulaient rentrer dans mes groupes, mais quand je leur disais non, ils ne comprenaient pas forcément. Donc je leur disais : « vous voyez là on a des objectifs, on a dit qui pouvait participer et qui ne pouvait pas », et là ils comprenaient en fait, sinon ils prenaient ça pour de l'animation. De but en blanc ils prenaient ça pour de l'animation, parce qu'ils me voyaient dehors avec de la musique en train de jardiner et de temps en temps on s'amusait un peu, je dansais, je faisais la trompette, j'amusais un peu la galerie, et ils me disaient : « mais je vous ai vu danser, vous ne faisiez pas de la danse enfante ? », mais non non ça faisait partie du truc, mais allez justifier ça : [rire] Je comprends que de l'extérieur ça peut donner l'impression qu'on s'amuse de fou, que c'est une activité comme une autre. Mais enfante ça a un vrai but, ça sert vraiment ça quelque chose. Et c'est vrai que peut être d'avoir une joie de vivre comme ça, d'apporter un peu un truc, c'est moins morne, et que ça motive aussi à participer, et ça se voyait parce que finalement il y avait comme ça des gens qui voulaient rentrer dans les groupes. De l'extérieur qui donnait envie.

Ils voyaient peut-être plus ça comme de l'animation ?

C'est vrai oui. D'ailleurs, c'est pour ça que parfois au point de vue de l'institution, la cadre de santé me disait « *tu vas faire des animations au salon ?* » je la regardais et je lui disais « bah toujours pas non ». C'est compliqué.

Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorer dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute, alors du coup vous me disiez peut-être des activités plus productives comme mettre la table, plier le linge, etc ?

C'est ça, je pense que dans un univers où tout est fait pour prolonger cette dépendance enfaite, c'est même l'aggraver la dépendance, c'est compliqué de mettre en place des choses qui font totalement l'effet l'inverse. On est très peu entendu, parce que, je comprends qu'il y a beaucoup de normes d'hygiène, dans un EHPAD c'est incroyable tous les protocoles qu'il faut sortir, avoir etc, mais il y a aussi le fait que c'est la facilité aussi, de faire comme ça parce qu'on a toujours fait comme ça et donc on ne fera pas autrement. Et le fait de faire vouloir faire autre chose, d'amener autre chose, c'est faire un changement, les gens n'aiment pas le changement, c'est compliqué de faire un changement, c'est compliqué de se mettre à la place des autres, et de comprendre que des fois les personnes elles ont besoin de s'inscrire dans quelque chose, pour exister et on a tous des choses qui nous permettent d'exister en tant que tel, ce n'est pas juste le fait d'être, c'est le fait de pouvoir montrer qu'on est là, qu'on sait faire des choses et qu'on est utile. Ce mot il est revenu un nombre incalculable de fois : utile, le besoin d'être utile. Je suis inutile ici. Et c'est dur à entendre, et du coup on veut donner une utilité enfaite. Et derrière on n'a pas de réponse, parce que tout est fait pour que les gens restent dans leur dépendance. Faut savoir aussi que dans un EHPAD, plus on a de gens dépendants, plus on a de sous.

Vous n'êtes pas la première à soulever ça, et j'avais pensé que justement en favorisant cette indépendance, on gagnait de l'argent, puisqu'on avait moins besoin d'aides-soignantes et qu'il y avait moins d'accidents de travail et que ça avait forcément une répercussion positive et qu'on pouvait gagner de l'argent. Et maintenant j'en viens à me demander si, au contraire, il ne faut pas justement, pour avoir un maximum d'argent, le plus grand nombre de dépendants possible.

Plus on aurait des personnes dépendantes et plus on aura des sous pour compenser la dépendance enfaite, sauf que finalement, moi quand je suis arrivée, il y avait un nombre incalculable d'escarres, je n'avais jamais vu ça. Sur 90 résidents, dont 20 en unités Alzheimer, donc c'était que 70, puisque les Alzheimer étaient déambulants donc ça allait. Mais sur 70 mais s'il y en avait 20 ou 25 c'était Parce

qu'en fait, il y avait 10 matelas à air. 10 matelas à air et des externes *one*, donc de stade 1 / 2, donc c'est pour le début, la rougeur. Donc quand je suis arrivée, je me suis dit : non. Donc forcément au prix des pansements, quand on voit qu'un alevin c'est 4€, je comprends qu'il faille des sous à niveaux là. Je comprends. Mais après on a mis en place, enfin nous ... non, j'ai mis en place du coup une prévention, une vraie prévention. En travaillant de main avec un fournisseur de matériel médicale et on allait dès qu'il y avait la moindre rougeur, tout le chargement arrivait, on faisait les fiches de retournements, on vérifiait bien le positionnement, on mettait des coussins s'il y avait besoin, on mettait les matelas à air qui fallait. Il y avait tout un bran le bas de combat qui se mettait en place et ça, ça a été super bien intégré. Quand on avait des escarres enfaite, c'est parce qu'ils revenaient d'hospitalisation avec des escarres, il n'y en avait plus qui se faisait dans la structure. Et donc du coup avec ça, on avait fait à un moment donné un chiffrage et ça nous coûtait deux fois moins cher de faire de la prévention que de faire pansement sur pansement sur pansement, de faire venir l'HAD, de faire venir à droite à gauche d'autres trucs etc en urgence. De faire perdre deux heures de temps aux infirmières pour soigner des escarres qu'il y avait, et puis juste pour les gens.

Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ? Si on avait une baguette magique et qu'on voulait les aider vraiment ?

[rire] Leur enlever toute leur dépendance. Non mais concrètement, on va dire, c'est de leur redonner un rôle social, parce qu'on est tous défini par un rôle. Et ça je l'ai compris au fur et à mesure. La première chose qu'on nous demande dans une soirée c'est : « tu fais quoi dans la vie ». Donc déjà de base, on demande ça, et donc déjà tu as un rôle, tu as un rôle dans le médical, tu as un rôle dans le social, tu as un rôle dans une entreprise quelque conque etc. et ensuite assez souvent, tu parles de ton boulot etc, et ensuite tu demandes : « tu as quel âge ? », on est aussi défini par une catégorie d'âge. Par exemple, moi quand je suis arrivée j'avais 25 ans, 25 ans ça va, et bien on me prenait pour la stagiaire, parce que j'avais 25 ans. Alors qu'à 25 ans on peut être diplômé déjà puis plusieurs années. Mais vous à 18 ans, vous aviez déjà commencé à travailler depuis 5 ans et là, à 25 ans vous me dites que je suis la stagiaire. [rire] Donc ensuite forcément ça va être le niveau d'étude qui va avec, le métier, etc.. Si on a des enfants, si on est marié, si on a des animaux, on est catégorisé, et là enfaite, ils ont plus de boulot, ils sont vieux, ils n'ont pas d'animaux, parce qu'on

n'autorise pas les animaux. Alors oui, ils peuvent exister un peu avec leurs familles, s'ils ont des enfants ou pas, parce qu'il y en a pleins qui n'ont pas eu d'enfants. Donc ils n'existent pas non plus par ça. Donc enfaite, c'est vraiment comme s'il ne suffit pas d'être, il faut aussi exister. Et donc pour moi, ce que j'aimerais vraiment remettre en place c'est un rôle social, un rôle. Peu importe lequel. C'est un rôle parce que finalement on est tous dépendant de ça, voilà, du coup voilà, le petit papy qui faisait le postier on lui a redonné une joie de vivre comme pas possible, moi je me suis dit : « *c'est juste la poste, on n'est pas ... ce n'est pas la guigette non plus* » Mais pour lui si, il avait touché le gros lot, en faisant ça.

Et vous pensez du coup, que le fait qu'il est ce rôle-là, qu'il soit actif comme ça, ça va lui permettre au moins de conserver ses capacités physiques et cognitives plus longtemps ?

Alors oui oui, je l'ai vu parce qu'à partir du moment où on cesse de s'intéresser à quelqu'un ou à lui donner un rôle cette personne elle dépérit. Parce qu'on le dise ou pas, l'être humain n'est pas fait pour vivre seul. Parce qu'il y en a pleins qui disent : « moi je suis indépendant et tout », mais c'est faux, on a tous besoins de parler à quelqu'un. Et du coup, si du jour au lendemain plus personne ne vous parle, moi personnellement je suis en dépression. Ca a de quoi de rendre fou, misérable vraiment. Et lui c'était quelqu'un qui discutait bien, mais c'était parfois mal orienté parce qu'il avait des troubles psychiatriques associés, donc le fait de l'avoir cadré dans un rôle, ça lui a permis de continuer à s'exprimer, à parler à des gens, mais à ce que ce soit adapté. Les gens en retour lui parlaient et le reconnaissaient comme le facteur, et ça, ça n'a pas de prix pour lui, c'était incroyable.

On en avait une autre, une dame qui se plaignait énormément, mais lorsqu'on l'amenait à la bibliothèque, c'était elle et une autre qui gérait un atelier lecture, donc elle se plaignait au début, mais elle y allait et disait ensuite : « *heureusement que tu m'as sorti de mon lit.* » Elle avait passé un super bon moment, parce qu'elle était responsable de l'atelier lecture. C'était l'animatrice qui l'avait mis en place, ça lui redonnait un rôle. Et les gens lui demandaient : « *et qu'est-ce qu'on lit la semaine prochaine ?* » Ça lui donnait un but pour avancer, pour voir plus loin que le lendemain ou que le soir même. Je pense qu'intrinsèquement c'est vraiment lié au fait de notre vie, de notre existence.

5. Entretien 8 :

Avez-vous fait des formations complémentaires durant votre parcours professionnel ?

Ah oui, alors j'ai fait des formations, alors moi j'ai travaillé en psychiatrie avant, donc j'avais fait des formations avec la psychiatrie, mais alors c'est vieux alors de là à donner les intitulés ... j'ai dû faire gérontopsychiatrie, relation avec la famille, des trucs comme ça. J'avais fait des formations relaxation, des formations toucher-massage et puis j'ai fait une formation pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Après ici, on a aussi fait des formations en interne, et puis moi j'ai fait aussi un DTU de gérontologie sur le retour à domicile de la personne âgée dépendante.

Dans quelle structure travaillez-vous actuellement, c'est plutôt une grosse structure, une petite structure ?

Alors c'est une grosse structure, donc c'est un EHPAD public, il y a 300 lits, et environ 250 à 300 personnels.

Et vous êtes deux ergothérapeutes ?

Oui on est deux ergothérapeutes à temps plein, sur deux temps plein.

Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?

La participation occupationnelle ? Je n'en avais jamais entendu parler en fait de ce terme-là, ce n'est pas un terme qu'on emploie ici, donc du coup ...

[Explication de la participation occupationnelle.]

Le contexte est chamboulé avec le covid, parce qu'ils sont quand même confinés dans les services, ou ici dans la maison, ils n'ont pas le droit de passer d'un service à l'autre donc déjà ça réduit l'activité. Il n'y a plus d'animation, il n'y a plus de séances d'ergothérapie en dehors des services, ou très très peu. Donc, du coup, effectivement ils ont peu d'occupations, après évidemment il y a le quotidien, les soins qui sont fait par les infirmières, les agents les repas, etc. Mais tout ce que nous on peut leur apporter, c'est quand même restreint. Et ça joue.

C'est le contexte du coup qui change tout ?

Oui c'est le contexte qui est d'autant plus délétère.

Organisez-vous des ateliers ? Alors évidemment que dans la situation c'est peut être différent de normalement.

Alors là on fait des ateliers, on a pu reprendre, mais du coup on fait des ateliers intra service, on ne mixe pas les présences de divers services, du coup on n'a pas forcément des groupes qui sont importants, on n'a pas forcément des groupes de niveaux non plus, alors là je parle surtout pour les activités de stimulation cognitives, et les ateliers mémoires. Parce qu'ici normalement le fonctionnement se fait dans la salle d'ergothérapie. Un groupe, enfin il y en a une dizaine par semaine de groupe mémoire de niveau. Et étant donné qu'on a 300 résidents, on a la possibilité d'avoir plein de ressource pour faire des groupes assez homogènes.

Et du coup les ateliers c'est quoi ? un atelier cognitif ?

Alors il y a des ateliers cognitifs, il y a de la cuisine, atelier cuisine, de la gym douce, alors la gym on a pu la remonter ici, mais ce sont des gens du même service qui viennent faire la gym ici, du coup ce n'est pas mixé. Il y a du travail membre supérieur, mais du coup ça se fait en individuel en salle d'ergothérapie. Après il y a des choses qu'on n'a pas pu remettre en place, parce que c'était dans des locaux qui ne nous sont plus accessibles tout de suite du fait de la pandémie, c'est trop mixé.

Et hors covid, il y a des choses que vous faites en plus ?

Alors on fait de la Wii, Wii mémoire, Wii sport, groupe équilibre, et du coup plus d'activité mémoire que ce que l'on fait maintenant.

Avec quel objectif du coup ? en dehors de la simulation cognitive ou physique

Il y a tout le moment de convivialité, la régularité de la prise en charge qui revient toutes les semaines, le fait de les sortir des services, qui du coup n'existe plus là. Le fait de pouvoir rencontrer d'autres personnes, d'être occupé, parce que ça contribue aussi à maintenir le moral, à maintenir tout ça, parce que ce n'est pas que les capacités cognitives, il y a tout le physique, il y a tout ce qui va avec. Ça sert à ça toutes ces activités.

Et quels sont leurs impacts sur les résidents ?

Là ? le fait qu'il n'y ait plus d'activité ?

Par exemple, la différence entre quand il y a des activités et maintenant qu'il n'y en a plus ?

On l'a bien vu, ça a bien plongé au niveau du moral, au niveau des capacités cognitives, c'est flagrant, nous on le constate et eux s'en plaignent.

Ils le ressentent ?

Oui et d'autant plus qu'on a eu un long moment où on n'a pas pu les voir, parce que ça a été confiné strict ici, et on n'a pas pu les voir et quand on les a repris après, on a eu des plaintes : « ça va moins bien » « j'ai l'impression que j'y arrive moins ». Alors on essaie de les remonter, mais effectivement on le constate, le fait de ne pas avoir été stimulé pendant 6 mois, c'est là qu'on se rend compte que notre travail il sert vraiment à quelque chose, parce que du coup, là on a bien vu...

De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leurs permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?

Alors ici on a mis en place un protocole d'entrée, 15 jours après l'entrée, on leur laissent 15 jours le temps qu'ils aient le temps de prendre leur marque dans le service, dans la chambre, de se poser, on sait bien le changement que ça implique de passer en structure quand on vient de la maison, c'est très compliqué. Donc 15 jours après l'entrée on fait deux évaluations. Une évaluation cognitive, soit MMS, soit MMSE, en fonction du niveau, et après on fait une évaluation toilette/habillage, enfin autonomie simplifiée, qui est tiré du BME, on a repris certains items du BME, mais c'est vraiment simplifié parce qu'ici le retour à domicile n'est pas d'actualité ou très peu, donc on n'a pas besoin d'avoir des trucs très pointus. Mais effectivement on va quotter la toilette, l'habillage, les gestes fonctionnels, les déplacements, les repas. Et après en fonction on intervient. Donc déjà on fait des comptes rendus qui sont lu par les médecins et par les équipes pour fournir une conduite à tenir, surtout au niveau de l'autonomie, pour que la totalité de l'équipe puisse avoir la même ligne de conduite et que le résident ne soit pas perdu. Et puis, on va pouvoir fournir des aides techniques, ou fournir des astuces, ou donner un déroulé dans la salle de bain. On va fournir un déroulé pour

pouvoir suivre les étapes, pour des gens qui n'y arrivent pas. On met en place diverses choses comme ça, ou pas si ce sont des gens qui sont autonomes et qui interviennent tout seuls, on ne va pas intervenir du tout. Ça, c'est sur la première étape et après si ça roule, ça roule, et s'il y a besoin de réévaluer, à ce moment-là, si l'équipe constate que ça va moins bien ou au contraire que ça va mieux, le médecin peut nous demander d'aller voir le résident et à ce moment-là, on refait la même chose.

Et parfois la demande vient directement du résident ?

Non, pas pour nous. Mais ça va être déporté, c'est-à-dire qu'il va le signaler à l'équipe qu'il trouve que ça marche moins bien, et au bout de 2 ou 3 plaintes, eh bien ça remonte et à ce moment-là oui, on va refaire un passage.

Du coup, c'est comme ça que vous intervenez, plus en individuel ?

Ah oui complètement, sur la toilette et l'autonomie, ce n'est que de l'individuel.

Quels sont les effets, l'impact, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie sur l'EHPAD ?

C'est énorme, alors nous on est ici depuis 15 ans. Moi je suis arrivée en 2005, ma collègue en 2006. Alors quand moi je suis arrivée, c'était le flou total, et depuis notre place et notre rôle sont très très bien connus, ça fait en même temps 15 ans qu'on y travaille, et c'est un travail sans relâche, parce que les équipes tournent, alors on doit réexpliquer ce qu'on fait et à quoi on sert. Mais là c'est quelque chose qui vraiment ... en tout cas notre rôle est connu et reconnu, en tout cas par les médecins. Les deux médecins sont parties prenantes de l'ergothérapie, elles, elles savent ce qu'on fait et nous font des prescriptions, et écoutent notre avis et c'est un travail de longue haleine.

Et c'est reconnu par les équipes ?

Oui, notre expertise, il n'y a pas photo. Alors autant au niveau de l'autonomie que du matériel, alors nous on gère ici les matériels, on a énormément de matériel, un gros parc de fauteuil roulant, un gros parc de matelas à air, tout ce qui est installation anti-escarre, etc. c'est tout nous. Et donc ça, c'est nous qui mettons le matériel, c'est nous qui expliquons le pourquoi, comment il se pose, comment il s'entretient. On a mis en place sur la structure des formations en interne qu'on fait ma collègue et moi pour

sensibiliser le personnel, sur une journée complète à l'utilisation et à la manipulation du matériel qu'on a ici.

Et c'est quelque chose que vous faites régulièrement j'imagine, vu qu'il y a peut-être du turnover des équipes ?

Oui, on fait entre 2 et 3 sessions par an et tout le monde y passe, les médecins sont venus, les cadres sont venus, et c'est super intéressant, les équipes elles voient un matériel arrivé, elles n'ont pas forcément le temps de le manipuler et de l'essayer et là on leur offre un moment sur la journée, où elles savent qu'elles vont pouvoir le manipuler et l'essayer. Pour les fauteuils roulants, toutes les gammes de fauteuils roulants qu'on a, tous les matelas, elles vont pouvoir se coucher sur les matelas à air, ¼ d'heure si elles ont envie pour voir l'effet que ça fait, trifouiller un coussin, le mettre à l'endroit et le mettre à l'envers, parce que quand on passe et qu'on voit des résidents qui ont des coussins à l'envers, bah essayez voir ce que ça fait sous les fesses, alors 5 min ça va, mais toute une journée. On a de très bons retours et c'est une formation qui est demandée.

Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ? vous avez cette chance, vous êtes là depuis longtemps, vous avez cette vision sur du long terme. Moins de chutes chez les patients ? Un meilleur ressenti de la qualité de vie ?

Alors forcément il y a un meilleur ressenti de la qualité de vie, parce que les installations, ce sont nettement amélioré. Quand je suis arrivée on avait 5 matelas à air, maintenant on en a 35. Donc voilà. Et on veille à ce que le parc soit régulièrement modernisé. On commande du matériel récent tous les ans. Après au niveau des chutes, les relevés de chutes on ne les a pas depuis très longtemps, après ça fait 5 ou 6 ans qu'on les a en chiffre, il n'y a pas de grosse évolution.

Et vous avez l'impression que le fait que vous interveniez dans le quotidien comme ça, et même auprès des équipes, les équipes ont changé aussi leurs manières de travailler et ont changé leurs regards sur leurs façons de faire ?

Je pense oui, parce que oui, parce que déjà on a eu du matériel nouveau qui est arrivé, qui leur facilite le travail, on a eu l'installation de rails dans toutes les

chambres sauf en CANTOU ou ils sont valides et ou on n'a pas besoin. ça déjà c'est un gros plus, et nous on leur explique pourquoi il faut les utiliser. [...]

Et avec le temps, est ce qu'elles ont tendance à plus favoriser l'autonomie des résidents ?

Ça c'est un travail quotidien et je ne suis pas sûre du truc. Après ce n'est pas forcément tout de leurs fautes non plus, on connaît la charge de travail, on connaît le nombre qu'elles sont dans l'équipe. Donc quand elles sont deux pour 25 résidents. L'autonomie c'est une belle idée, mais il faut qu'à midi tout le monde puisse aller manger en étant lavé. Nous on essaie, on pousse, mais bon. Quand nous, on fait une évaluation à la toilette, et qu'on sait pertinemment qu'on a passé une demi-heure à côté du résident, c'est lui qui la faite, mais on a passé une demi-heure à côté, on sait tout à fait que ce n'est pas possible. Alors il y a la théorie, et la réalité du terrain. Si on avait des équipes avec 5 personnes, bah ce serait plus faisable.

Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ? Est-ce qu'ils l'expriment aujourd'hui ?

Les besoins ? [rire] Tout de suite les besoins c'est de sortir de la chambre, de sortir du service, ce sortir dehors, rencontrer sa fille, la serrer dans ses bras, l'embrasser, voir les petits enfants, là tout de suite les besoins on en est là. Donc ... ce n'est pas représentatif. Hors covid, je ne sais pas, ils ont besoin qu'on s'occupe d'eux de toute façon et puis nous on le conçoit comme ça, ils ont besoin de confort aussi et nous on est là aussi, c'est notre rôle je pense en tant qu'ergothérapeute de leur apporter du confort.

Ils n'ont pas forcément cette volonté de retrouver des habitudes qu'ils avaient auparavant quand ils étaient chez eux ?

Ils sont rares à dire que c'est comme chez eux ici. Donc voilà. Ça change beaucoup la donne.

Ils sont un peu résignés ?

Oui souvent. Il y en a qui rentre sur leur volonté et où ça se passe très bien, mais bon c'est quand même souvent compliqué le passage à une chambre avec un lit, alors on le voit dans la façon dont ils vont investir la chambre, il y en a qui ont laissé la

chambre telle qu'elle était quand ils sont rentrés, il n'y a rien sur les murs, pas une plante ; Et puis il y en a qui ont amené des meubles, il y a des photos, des plantes. Plein de choses, ils sont chez eux plus.

Et la dégradation physique et cognitive ça va se ressentir en fonction de ceux qui s'investissent plus ou moins sur leurs lieux de vie ? Ceux qui vont aménager leurs chambres justement, vont ensuite plus s'investir dans les activités, etc. ? et se maintenir plus.

Alors sur le mobilier et tout ça, je ne pense pas, par contre je pense que les personnes qui bénéficient de prise en charge avec les ergothérapeutes, avec les APA, avec la psychologue, avec l'animatrice avec les animatrices, je pense qu'ils sont quand même plus maintenus que ceux qui n'ont rien.

Donc le fait de ne rien faire, le manque de stimulation ...

A mais c'est sûr. Parce que juste la télé dans la chambre, on ne peut pas dire que l'AS qui passe trois fois par jour ... après on essaie de couvrir beaucoup de monde. Nous on voit des gens, la psychologue voit les mêmes que nous plus d'autres, les profs d'APA voient certains qu'on voit plus d'autres. Les animatrices ... il y en a qui passe au travers, les grabataires qu'on va quand même aller voir, pour l'installation etc., mais on ne va pas dire que le temps qu'on passe sur l'installation ce n'est pas du temps de communication et surtout là, le levier de communication il est souvent restreint.

Et ils sont choisis comment ceux qui participent aux activités individuelles ou en groupe ?

Sur prescription médicale. C'est discuté avec le médecin. Les médecins en parlent, souvent nous quand on fait les évaluations cognitives, si on voit que le niveau est bon, que la personne est plutôt dynamique, la personne va être intéressée, hop on lance le truc. Ils nous disent oui, ils nous disent non, et puis le médecin repasse et ensuite on a une prescription. Et quand on a la prescription, les résidents s'engagent, parce qu'on leur dit que quand même ils prennent une place, donc s'ils viennent deux fois. Ils s'engagent à venir, et si après ils ont autre chose, on l'entend qu'ils peuvent aller ailleurs. S'il y a le super repas festif, avec la danseuse et tout ça, alors évidemment que vous allez faire le super repas festif, parce que ce n'est pas toutes

les semaines, s'il y a votre fille qui vient depuis des km et des kms, par contre si ça, ça se reproduit toutes les semaines, on ne garde pas la personne.

Et ce sont des prises en charge qui durent combien de temps ?

Alors c'est réévalué, on a des gens qui viennent depuis 10 ans, qui étaient là sur le premier groupe, et qui sont toujours là. Ce sont des piliers, on leur enlève ça ... ça rythme leurs semaines, ça rythme leurs journées, c'est Voilà. Après sur certains services on a mis en place un système de réévaluation. Notamment la gérontopsychiatrie, où il faut être plus cadrant et là c'est réévaluer tous les 6 mois. Mais par contre là ils s'engagent à venir 6 mois. Ils s'engagent ferme et puis au bout de 6 mois on voit s'il y a un changement ou pas.

Du coup, ce sont des groupes qui restent soudés, j'imagine, que des liens doivent se créer.

Oui oui c'est sûr, c'est pour ça qu'en ce moment c'est d'autant plus compliqué, parce que certains avaient des liens avec certains, et puis là ils ne les voient plus du tout, puisqu'on ne peut plus mélanger les services. « Et Mme truc comment elle va ? » « et Mme ... ? » Et des fois je n'ai pas le choix : « ah bah je suis désolée mais » « oh mais je ne savais pas, elle est décédée ... ». Ca s'est passé comme ça, alors que c'était des gens qui se côtoyaient, alors qu'une fois par semaine, une heure, mais bon c'était tellement ... on le voyait ils étaient contents de se retrouver, ils se racontaient trois bêtises, voilà c'est sympa, mais.

Ça pouvait ressembler à ce qu'ils pouvaient avoir avant, un atelier, un club...

Ah oui complètement. C'était assez attendu comme rendez-vous.

La situation sanitaire aura changé pas mal de choses dans les EHPADs, sur leurs façons de vivre.

Oui de vivre, et sur leurs sens de contacts, c'est compliqué de maintenir la distance, ils sont sourds, on a le masque, on n'articule pas forcément, ils n'entendent pas, ils ne comprennent pas.

Ça créait un isolement social complet ?

C'est ça, et puis aller faire des soins, les infirmières qui vont faire des soins habillés comme des astronautes, le résident il est en fin de vie ou quoi, [souffle] c'est déshumanisé.

On appelle ça un lieu de vie mais finalement on est plus proche de l'hôpital ?

Alors oui mais bon même ici hors covid on est plus proche d'un hôpital gériatrique au vu de la grandeur de la structure, dans la gestion, mais c'est vrai que c'est quand même un lieu de vie, c'est très vivant d'habitude, il y a beaucoup d'animations, beaucoup de choses qui se font en partenariat avec l'extérieur, avec les écoles, avec la crèche, il y a les chiens d'aveugles qui viennent, il y a vraiment une dynamique sur la maison, des films qui sont projetés, des trucs dansants, des repas festifs.

Et puis que tout ça a été arrêté, les gens étaient habitués à tout ça, est ce qu'il y a une dégradation générale ?

Le moral des troupes globalement ce n'est pas le top.

Des dépressions ?

Oui, alors ça fait des vagues, mais on sort du confinement, ça repart, et puis ils écoutent tous les annonces du jeudi soir et c'est reparti. Alors qu'eux fondamentalement, ça ne change pas grand-chose, parce qu'ils ne sont pas plus coincés, mais c'est l'atmosphère ambiante aussi. C'est, voilà, tout le monde en parle, au bout d'un moment c'est un sujet qui revient. Et ça a été très mal compris au début, ils ont associé ça à des souvenirs, « mais c'est la guerre », « on est coincé. » Qu'est ce qu'il va se passer ? » Ils étaient revenus 50 ans en arrière. Alors qu'on a beau leur expliquer que ce n'est pas ça. Mais dans l'imaginaire, c'est une image qui reste.

Ça a fait des réminiscences ?

Oui, et la difficulté de ne pas avoir de lien avec la famille, parce qu'ici le confinement a été strict, strict, depuis mars 2020, plus d'entrée de famille, plus rien, complètement fermé, bouclé bouclé, tout le monde en chambre ... et puis bon là, ça

repréend, mais c'est sur des créneaux d'une heure. « oh oui je vais voir ma fille, c'est qu'une heure, mais c'est déjà ça ». Avec une table entre eux, surtout ne pas toucher.

On perd de l'humain là.

Oui complètement. Alors après, nous on fait ce qu'on peut pour raccrocher les wagons à côté, on leur apporte tout ce qu'on peut apporter mais bon c'est pareil après on n'est pas nombreux, et ils ont beaucoup. Donc c'est compliqué quand même.

Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorer dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?

Ici ? Non globalement. Après la spécificité d'ici, c'est que moi je suis arrivée, j'ai créé le poste, donc j'ai fait ce que je voulais. Ma collègue qui est arrivée après moi, elle a créé le sien, mais comme on vient de la même école, on était un petit peu dans la même lignée, du coup on s'est bien entendu, et du coup on a fait ce qu'on a voulu. Le fonctionnement, c'est le fonctionnement qui nous convient. Alors évidemment, qu'au niveau de la hiérarchie on nous demande toujours plus d'innover, alors oui on met toujours des petits objectifs en plus mais le fonctionnement tel qu'il est, il nous convient bien.

C'est quoi les idées que vous avez de mises en place de nouvelles choses ?

On avait envie de faire un atelier graphisme et écriture, pour des gens qui ont des séquelles d'AVC, des hémipariés, de parkinson, parce qu'ils écrivent plus en fait. La personne âgée n'écrit pas, n'écrit plus et il y a beaucoup de micrographie, et bien pourquoi. Ce sont des pistes, on ne sait pas, on n'en a pas encore parlé, on ne sait pas s'il y aura un retour, si les médecins vont juger ça intéressant. On ne fait pas toujours que ce qu'il nous plaît aussi, il faut que ce soit utile.

6. Entretien 9 :

Avez-vous fait des formations complémentaires durant votre parcours professionnel ? Si oui quelles sont-elles ?

Pas du tout en lien avec les EHPADs, avec les personnes âgées non, je n'ai pas fait de formation en plus, par contre j'en fais au mois de septembre, ce sera le positionnement et les escarres.

C'est vous qui l'avez demandé ?

Oui pour le coup c'est moi.

Dans quelle structure travaillez-vous actuellement et depuis combien de temps ?

Je travaille dans un EHPAD à 20% depuis juillet 2019, un autre EHPAD, j'ai fait de novembre 2019 à septembre 2020 à 30% et depuis septembre je suis à 50%. Donc en gros ça me fait 70% en EHPAD et le reste du temps en cabinet en libéral.

EHPAD de petits ou gros effectifs ? Vous êtes seule ou plusieurs ergothérapeutes dans la structure ?

Les deux ont 64 résidents à peu près entre 64 et 68. Je suis toute seule.

Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?

Alors, pour moi ça va être la participation des activités que les résidents ont envie de faire quand on leur propose, après il y a quelques résidents qui vont d'eux même te dire : ah bah tiens j'aimerais, j'ai des troubles de l'équilibre, j'aimerais bien m'améliorer là-dessus. » pour moi ça rentre dans la participation occupationnelle. C'est comme ça que je la définirais, et après en général c'est l'envie que les personnes ont, enfin pas que l'envie ... C'est une bonne question, c'est : la participation dans les activités que les personnes vont faire.

Et ce serait quel type d'activités du coup ?

Toutes, aussi bien les AVQ, les loisirs, sociales, en dehors de l'EHPAD : le travail, etc... les activités.

Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?

Alors j'ai plusieurs ateliers, j'ai un atelier de stimulation cognitive, un atelier équilibre, enfin il a le titre équilibre mais c'est plus prévention des chutes avec le ciel bleu, une association nationale de prof APA qui intervient dans plusieurs structures, EHPAD mais pas seulement, et ils font de la prévention des chutes à travers des exercices comme du renforcement musculaire, comment apprendre à se relever. Alors souvent ça part de : j'ai bilanté tous mes résidents et donc je fais un MMS, NEPSY, je demande comment ça se passe dans la vie quotidienne, je fais des mises en situation et selon ce que je vois, où je vois qu'il y a des difficultés, là où ça pourrait soit s'améliorer dans le meilleur des cas, soit éviter une diminution des capacités, je vais orienter vers un atelier. Il y a aussi des fois les équipes qui vont me dire : tiens telle personne ça pourrait être intéressant qu'elle fasse tel atelier. Elles les voient au quotidien donc ... moi je ne suis pas là tout le temps en fait. Mais de base c'est mon bilan.

Donc vous passez un bilan et en fonction en découle l'intégration ou non dans un atelier ?

Oui c'est ça. Et si je vois qu'en atelier ça ne va pas être possible, en atelier cognitif je parle, je le fais en individuel.

Avec quel objectif les ateliers ?

Maintenir les capacités restantes, maintenir le lien social aussi. Le problème avec les personnes âgées c'est qu'elles aiment bien rester dans leurs chambres et attendre la « mort », les stimuler là-dessus et pour qu'elles soient un peu plus autonomes dans leurs quotidiens, qu'elles aient envie de faire les choses. Et que même si j'ai des collègues qui les aident pour la toilette, qu'elles aient envie de se laver seule par exemple. Pour l'équilibre par exemple, que ce soit ça, qu'elles essaient de se déplacer un peu plus seule ou qu'elles le fassent d'elle-même. Je trouve que les personnes âgées, pas toutes, mais certaines sont souvent dans l'attente des soignants, donc j'aime bien... c'est ça un de mes premiers objectifs.

Et quels sont leurs impacts sur les résidents ?

Le premier impact ça leur fait du bien, avec le covid par exemple les ateliers en groupes sont annulés, ils me le disent : ils voient moins de personnes, ils sont moins stimulés, donc oui ça leurs manques.

De quelle manière accompagnez-vous les résidents de l'EHPAD pour leur permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?

Ça va être différent en fonction des EHPADs et des équipes, alors j'ai un EHPAD où j'ai le moins de temps, une journée ça passe trop vite, alors je priorise selon les besoins des personnes, donc souvent je fais des mises en situation, je vais demander aussi aux collègues au quotidien comment ça se passe vraiment, parce que souvent les résidents ils vont dire : non je ne le fais pas, alors qu'ils le font, et vice versa, ils vont dire qu'ils le font alors qu'ils ne le font pas.

Est-ce que parfois la demande d'intervention vient directement du patient qui aurait la volonté de faire quelque chose ?

Oui oui, par exemple pour l'atelier équilibre, ce n'est pas dans une salle à part, c'est un peu au milieu et du coup les résidents peuvent passer, enfin peuvent aller et venir pendant l'atelier, et on a eu des résidents qui sont passés pendant l'atelier et qui sont venus me voir à la fin et qui m'ont demandé s'il pouvait venir les prochaines séances. Ce n'est pas forcément la majorité, c'est peut-être 2 ou 3 résidents sur 64.

Il y a des ateliers que tu organises en collaboration avec d'autres soignants ?

Oui, je fais un atelier, je l'avais oublié celui-là, on a commencé un atelier numérique, enfin moi je l'ai appelé numérique, mais enfaite c'est sur des tablettes, vu qu'on en a reçu avec le premier confinement. Donc je le fais avec l'animatrice, pareil quand je vais pouvoir [...] j'aimerais bien pouvoir faire un atelier couture, et ça aussi ça sera en coanimation avec l'animatrice. Après dans cette EHPAD où je fais le plus d'atelier comme ça, il n'y a pas d'autre pro, il n'y a pas de psychomot, de diet, de psychologue, donc il n'y a que l'animatrice et moi. Dans l'autre établissement par contre il y a une diet, une psycho, et l'animatrice et pour le coup ça pourrait être plus possible de faire ça, de coanimer des ateliers. Mais là-bas je n'ai pas le temps pour en mettre, je suis plus dans la gestion du matériel, et on a aussi des « *coupe patos* » c'est

propre aux EHPAD, c'est ce qui détermine le budget de l'établissement et ça prend énormément de temps, donc je fais pas mal de bilans et tout ça.

Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?

Les résidents sont un peu plus autonomes et ont plus l'envie de faire les choses. Après niveau indépendance, je n'y vois pas beaucoup d'effets, ça ne s'améliore pas mais ça se maintient. Après ça se joue plus sur l'autonomie, avoir l'envie.

Ils ont un meilleur ressenti de Qualité de vie ?

Oui oui, ils le verbalisent, pour les ateliers mémoires ils me le disent : on est content de vous voir, ça fait du bien. Ça fait du bien de voir du monde, de réfléchir. Pareil pour l'atelier équilibre, ils me disent être content de me voir.

Suite aux ateliers ou aux prises en charge en individuel, ont-ils initié des choses de leur côté ?

Oui, certains de l'atelier équilibre, ils vont faire des petits échauffements, après c'est un des objectifs de l'atelier aussi, d'eux même ils vont bouger leurs épaules, leurs jambes, ils essaient de faire, pas tous.

L'accompagnement en ergothérapie, leurs permettent de plus verbaliser leurs ressentis de vécu en EHPAD ?

Ça, ça dépend des résidents, pour le coup, je ne pense pas que ce soit propre à l'atelier, mais plus à la relation que je vais avoir eux. J'ai une résidente en tête, je sais qu'elle a plus de facilité à me parler, qu'aux autres soignants, mais je ne pense pas que ce soit propre aux ateliers. C'est plus parce qu'elle a plus confiance, enfin je ne sais pas, c'est que la relation thérapeutique est bien présente. Pour moi, les ateliers ne sont pas plus propices de dire son ressenti.

Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?

Avoir envie de rien faire et d'attendre à la mort pour beaucoup, ils n'ont plus rien envie de faire, ils attendent la mort. Après, certains ils ont envie, envie de bouger, de voir du monde. Après il y a une situation particulière mais ... on ne peut pas faire des

choses avec l'extérieur. Bouger. Être en EHPAD ne veut pas dire la fin de la vie, certains ont envie de faire des choses, de faire comme ci ils étaient chez eux, par exemple cuisiner, ils aimeraient bien pouvoir continuer à faire ça.

Et toi en tant qu'ergo, en quoi tu pourrais les aider là-dedans ?

Mettre en place justement des ateliers, les mettre pratique leurs envies, par exemple des résidents qui m'en ont parlé, qu'ils aimeraient bien jardiner lors des entretiens initiaux, qu'ils aimaient bien jardiner et tout ça, que ça leur manquait, je me suis dit : ok faut que trouve un truc pour qu'ils retrouvent ce goût du passé, enfin des choses qu'ils aimaient bien faire. Ce n'est pas parce qu'ils sont en établissement qu'ils ne peuvent pas faire comme chez eux. Pareil pour cuisiner, sortir à l'extérieur. Enfin voilà être en lien avec l'extérieur. On les oublie un peu.

Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?

Du point de vue des résidents, il y a un peu plus d'échanges, ils vont plus en parler entre eux aussi, mais ça après ça dépend aussi des résidents, il y a des résidents un peu plus moteurs dans la dynamique de l'établissement, ils vont plus en échanger entre eux. Après je pense que c'est plus du point de vue des équipes, les équipes vont faire un petit peu plus attention, le fait qu'il y ait une ergo dans l'établissement. Elles vont faire plus attention à ce qu'on va amener dans les ateliers, ce qu'on va travailler dans les ateliers, je pense qu'elles vont faire un peu plus attention dans les activités de vie quotidienne.

Est-ce qu'elles auront alors tendance à un peu plus favoriser l'indépendance des résidents ?

Oui, après ça, ça dépend des soignants aussi, mais oui je trouve qu'il suffit que j'en parle aux équipes comme quoi j'aimerais bien qu'elles stimulent un peu plus tel résident, par exemple là j'ai un résident où les transferts sont un peu plus compliqué et bien j'ai rebossé ça avec elles et pour le coup elles essaient de faire un peu plus attention, de suivre la démarche, on essaie d'être toutes dans la même dynamique, la même démarche.

Et depuis que tu mets en place des ateliers, est ce que tu as l'impression qu'il y a un maintien des capacités physiques et cognitives et même au-delà, par exemple le fait d'être sur un atelier équilibre ça permet de stimuler aussi les fonctions cognitives, etc et à l'inverse venir à l'atelier mémoire ça permet de conserver des capacités physiques ?

Complètement, en plus la plupart des résidents ils vont participer à un ou deux des ateliers que je vais faire, ils ne les font pas tous, et oui ça aide, le fait, surtout la stimulation mémoire quand je repense à comment c'était au départ et maintenant, on sent que la stimulation elle est présente et que malgré que ce soit qu'une fois par semaine, il y a une évolution, ça va presque en s'améliorant, enfin tant qu'il y a de la stimulation ça se maintient, et là je vais être un mois s'en faire d'atelier, et je ne vais pas pouvoir faire de suivi pendant 3 semaines, bah pour le coup, je pense que quand on va reprendre les activités on va voir les différences dans les capacités.

Les autres professionnels peuvent avoir aussi ce type de retour ? Le fait que les résidents qui vont dans ces ateliers ça leur permet d'avoir plus de capacités dans les autres situations, dans les prises en charge avec les autres professionnels

Après ça va être plus les équipes soignantes, qui vont me dire, par exemple pour une résidente qui vient à l'atelier équilibre, avant elle était en fauteuil roulant tout le temps, elle ne marchait pas, elle ne sortait pas de son fauteuil, et maintenant elle arrive à sortir un peu plus, elles la font marcher pour aller à la salle de bain, il y a un gros travail de stimulation, elle n'est plus que sur un fauteuil de repos, elle n'est plus sur un fauteuil roulant. Le kiné libéral qui intervient aussi sur la structure m'a parlé également de cette résidente-là, en disant que ça s'améliore, enfin que ça ne va pas en diminuant.

Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorer dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?

Enfaite en EHPAD, quand tu arrives dans un établissement, le côté prescription du médecin, et qu'on n'est pas là que pour le matériel, ça ouai, c'est le gros travail qu'il faut faire en tant qu'ergo, et les équipes nous reconnaissent comme une personne

pour les activités de la vie quotidienne, les loisirs, et au niveau social aussi, parce que vraiment au début on est là que pour le matériel. Le fauteuil d'untel ça ne va pas, il faut resserrer le cale pied, faut changer l'accoudoir, c'est beaucoup de ça au début, et c'est ça qui est dur de faire comprendre aux équipes qu'on n'est pas là que pour ça. Pour moi, le prochain axe que j'aimerais bosser c'est vraiment le côté social et ouverture avec l'extérieur, bon avec le covid c'est compliqué, mais c'est le côté inter générationnel, j'aimerais faire un jardin thérapeutique, bon au début ce sera seulement avec les résidents, mais j'aimerais bien faire avec des enfants de primaire ou de collège, un échange social. Et je pense que le côté social de l'ergo en EHPAD il y aurait moyen de faire des trucs.

Tu penses que ça pourrait amener quoi au patient de s'engager dans ce type d'atelier ?

Retrouver, pas un équilibre occupationnel, mais de retrouver une dynamique occupationnelle. En soi il y a beaucoup de résidents qui attendent la mort, mais ils ont forcément des envies, des choses qui ont du sens pour eux, c'est frustrant d'être en face d'une personne qui n'a envie de rien faire. Je pense que ça pourrait leur apporter quelque chose d'être ouvert vers l'extérieur.

Le gros truc de l'ergo en EHPAD c'est qu'on n'est pas que là pour le matériel, et pour le coup la direction et les équipes ont bien identifié pour certains ateliers, mais je pense qu'il y a encore des choses à travailler.

C'est le manque de connaissances de la profession qui fait qu'on ne te permet de mettre en place tout ce que tu voudrais ?

Clairement, clairement c'est ça. Le manque de reconnaissance, enfin non de connaissance. Des équipes vont avoir bossé avec d'autres ergos elles vont avoir cette image de l'ergothérapie. Enfaite chacun déjà en tant qu'ergo, enfin on a tous notre façon de voir les choses, notre métier est tellement vaste, il y a tellement de façons de penser en tant qu'ergo qu'enfaite une ergo va faire que du positionnement, si ce n'est pas son truc les ateliers, ils vont rester avec cette vision-là.

C'est une création de poste ?

Non il y a eu une ergo avant, mais le poste n'a pas été pourvu pendant 1 an et demi.

Et il y a un boulot à faire du point de vue des médecins, des médecins de ville surtout, parce qu'ils ne sont pas dans l'établissement, ils ne viennent pas forcément les jours où je suis présente. Par exemple, là il y a une patiente où on ne sait pas si elle va rester dans l'établissement parce qu'il n'est pas forcément adapté à cause de sa démence, donc là on va en discuter ensemble, mais sinon par exemple pour les ateliers il y a un gros boulot de prescriptions médicales. Et dans un sens c'est très chronophage, demander à un médecin, il va dire qu'il a autre chose à faire, ça fait beaucoup de paperasses.

La méconnaissance du métier c'est un gros gros gros frein.

Avec les animatrices, par contre, elles ont bien compris mes objectifs. Par contre des fois je dois recadrer quand on commence à me dire : « ça serait bien de prendre tel résident parce qu'il s'ennuie » Alors moi je mets bien dans le truc : non moi il y a des objectifs derrière. S'il faut je le bilante et si je vois qu'il y a besoin je le prends, mais si c'est juste de l'occupationnel au sens français et pas ergo du terme, alors là non. Avec les animatrices même si on peut être amené à utiliser les mêmes moyens comme pour un atelier mémoire par exemple, bah on va avoir le même moyen mais pas les mêmes objectifs derrière, moi je sais ce que je veux travailler derrière. Si je sais que l'attention auditive ou la double tâche elle n'est pas là pour un patient, je vais essayer de travailler là-dessus. Elle, en revanche, si elle veut faire un sudoku c'est parce qu'il faut faire un sudoku pour occuper les gens. On est plutôt complémentaire. Par exemple sur mon planning sur un des établissements j'ai fait une liste avec qui participe à quel atelier, j'ai bien mis en haut de la feuille : Les ateliers ne sont pas des animations, ils répondent à des objectifs thérapeutiques définis au préalable. Et là-dessus elles ont bien compris.

Quand je crée un atelier, je fais une fiche que je présente à la direction une fiche qui présente l'atelier dans les grandes lignes, les modalités, combien de temps ça dure, les personnes que ça cible, quels objectifs je vise derrière, et ça je le présente à la direction et les choses sont claires.

Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? Relance : moins de chutes ? Plus d'ouverture aux autres ? Meilleures humeurs générales.

Les activités ont une incidence sur la productivité des résidents, dans le sens où s'ils ne font rien et qu'ils restent dans leurs chambres, ils vont moins avoir envie de faire des choses. J'ai vraiment pu l'observer avec le confinement. Ils étaient confinés en chambre, j'ai pu mettre en place des petites activités en chambre, on leur donnait des petites activités à faire en autonomie mais sans nous. Et en fait ils n'arrivaient pas à le faire, la reprise après le confinement des activités, certains résidents l'ont dit : « on veut reprendre, refaire les activités » parce que le fait de remettre son corps en mouvement, pas forcément en activité physique a proprement parlé, mais au moins remettre son corps en mouvement en sortant de la chambre, voir du monde, pour moi ça augmente la productivité des résidents. Ils ont plus envie de faire les choses, d'être acteur de leur vie, ils ne sont pas dans la passivité, et donc dans qu'ils sont passifs l'ennui vient et forcément il y a une dégradation physique et cognitive. Pour moi il y a les deux.