



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS
PARAMÉDICALES
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN
ERGOTHÉRAPIE

GUERIN Nolwenn

Mémoire pour le Diplôme
d'Etat en Ergothérapie

Collaboration entre ergothérapeute et aides-soignants :
autonomie dans la vie quotidienne pour prévenir le risque
de grabatisation en EHPAD

Directeur de mémoire : Sébastien Cottart, ergothérapeute DE

Remerciements

Je souhaite remercier tout d'abord mon directeur de mémoire, Sébastien Cottart, pour son soutien, son accompagnement et ses précieux conseils.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IUFE d'Auvergne pour son accompagnement au cours de ces trois années de formation.

Merci également à tous les participants de mon étude qui ont pris le temps de répondre à mes questions.

Pour terminer, je souhaite remercier mes proches pour leur soutien durant ces trois années de formation. Je tiens à remercier tout particulièrement ma cousine pour son soutien sans faille, son écoute et sa disponibilité dans cette dernière année d'étude.

SOMMAIRE

Liste des tableaux et figures.....	4
Liste des abréviations.....	6
Introduction.....	7
1. Contexte et justification de l'étude	9
1.1. Connaissances sur le sujet	9
1.1.1. Autonomie et indépendance	9
1.1.1.1. Définition des termes.....	9
1.1.1.2. Les causes de la perte d'autonomie	12
1.1.2. Vieillessement et personnes âgées	13
1.1.2.1. Vieillessement	13
1.1.2.2. Personnes âgées	14
1.1.3. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) .	15
1.1.3.1. Définition.....	15
1.1.3.2. EHPAD et perte d'autonomie.....	16
1.1.3.3. L'ergothérapeute en EHPAD	17
1.1.3.4. La vie en institution.....	19
1.1.4. La collaboration.....	20
1.2. Enquête exploratoire	22
1.3. Question de recherche	27
1.4. Cadre éthique	28
2. Méthodologie de la recherche.....	29
2.1. Choix de la population	29
2.2. Choix de l'outil	29
2.3. Mode d'analyse des données	30
3. Analyse des données et principaux résultats	30

3.1.	Analyse transversale du questionnaire destiné aux ergothérapeutes.....	30
3.1.1.	Analyse des questions relatives à l'expérience professionnelle, au temps de travail des ergothérapeutes en EHPAD et à l'intervention des aides-soignants.....	30
3.1.2.	Analyse des questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance	31
3.1.3.	Analyse de la question relative aux activités de la vie quotidienne	33
3.1.4.	Analyse des questions relatives à la grabatisation	33
3.1.5.	Analyse des questions relatives à la collaboration	35
3.2.	Analyse transversale du questionnaire destiné aux aides-soignants.....	37
3.2.1.	Analyse des questions relatives à l'expérience professionnelle des aides-soignants en EHPAD et à l'intervention des ergothérapeutes	37
3.2.2.	Analyse des questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance	38
3.2.3.	Analyse des questions relatives aux activités de la vie quotidienne	40
3.2.4.	Analyse des questions relatives à la grabatisation	42
3.2.5.	Analyse des questions relatives à la collaboration	43
3.3.	Analyse transversale des deux questionnaires	45
3.3.1.	Analyse des questions relatives à l'expérience professionnelle en EHPAD.....	45
3.3.2.	Analyse des questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance	45
3.3.3.	Analyse des questions relatives à la grabatisation	46
3.3.4.	Analyse des questions relatives à la collaboration	46
4.	Discussion.....	47
4.1.	Analyse et discussion des résultats au regard de la littérature	47
4.1.1.	Discussion des résultats obtenus concernant l'expérience professionnelle en EHPAD	47
4.1.2.	Discussion des résultats obtenus concernant l'intervention de chaque professionnel.....	48
4.1.3.	Discussion des résultats obtenus concernant l'autonomie et l'indépendance .	48

4.1.4.	Discussion des résultats obtenus concernant les activités de la vie quotidienne .	48
4.1.5.	Discussion des résultats obtenus concernant la grabatisation.....	49
4.1.6.	Discussion des résultats obtenus concernant la collaboration.....	50
4.2.	Réponse à la question de recherche	51
4.3.	Limites de l'étude	52
4.4.	Apports pour la profession et perspectives	52
4.5.	Apports personnels.....	53
	Conclusion	54
	Bibliographie	55
	ANNEXE I : Trame de l'enquête exploratoire	58
	ANNEXE II : Trame des mails de diffusion des questionnaires.....	59
	ANNEXE III : Trame du questionnaire destiné aux ergothérapeutes.....	61
	ANNEXE IV : Trame du questionnaire destiné aux aides-soignants.....	66
	ANNEXE V : Analyse des verbatims de la question 14 du questionnaire des ergothérapeutes	71
	ANNEXE VI : Analyse des verbatims de la question 9 du questionnaire des ergothérapeutes	74
	ANNEXE VII : Analyse des verbatims de la question 10 du questionnaire des ergothérapeutes	76

Liste des tableaux et figures

- **Tableaux**

Tableau I : Années d'expérience des ergothérapeutes en EHPAD	23
Tableau II : Analyse des méthodes proposées par les ergothérapeutes pour contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents	36
Tableau III : Analyse des thèmes proposées par les ergothérapeutes pour une collaboration avec les aides-soignants lors des activités de la vie quotidienne	37
Tableau IV : Analyse des idées générales proposées par les ergothérapeutes au sujet d'un exemple ou d'un projet de collaboration avec les aides-soignants	38
Tableau V : Analyse des techniques proposées par les ergothérapeutes concernant une collaboration avec les aides-soignants pour permettre la sortie de grabatisation de certains résidents	38
Tableau VI : Analyse des méthodes proposées par les aides-soignants pour contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents	44
Tableau VII : Analyse des thèmes proposées par les aides-soignants pour une collaboration avec les ergothérapeutes lors des activités de la vie quotidienne	45
Tableau VIII : Analyse des idées générales proposées par les aides-soignants au sujet d'un exemple ou d'un projet de collaboration avec les ergothérapeutes	45
Tableau IX : Analyse des techniques proposées par les aides-soignants concernant une collaboration avec les ergothérapeutes pour permettre la sortie de grabatisation de certains résidents	46

- **Figures**

Figure 1 : Demandes des résidents en matière de prise en charge en EHPAD.	24
Figure 2 : Objectif principal de prise en charge des ergothérapeutes auprès des personnes âgées vivant en EHPAD.	25
Figure 3 : Causes de la perte d'autonomie des résidents en EHPAD.	26

Figure 4 : Actions mises en place pour contribuer au maintien de l'autonomie des résidents.	26
Figure 5 : Freins à la mise en place des actions des ergothérapeutes.	27
Figure 6 : Intervention des aides-soignants en EHPAD d'après les ergothérapeutes.	32
Figure 7 : Domaines concernés par la demande d'autonomie des résidents, selon les ergothérapeutes.	33
Figure 8 : Domaines concernés par la demande d'indépendance des résidents, selon les ergothérapeutes.	33
Figure 9 : Intervention des ergothérapeutes pour les actes de la vie quotidienne.	34
Figure 10 : Causes liées à l'institution favorisant le risque de grabatisation des résidents en EHPAD, selon les ergothérapeutes.	35
Figure 11 : Type de collaboration entre ergothérapeutes et aides-soignants.	36
Figure 12 : Intervention des ergothérapeutes en EHPAD d'après les aides-soignants.	39
Figure 13 : Domaines concernés par la demande d'autonomie des résidents, selon les aides-soignants	40
Figure 14 : Domaines concernés par la demande d'indépendance des résidents, selon les aides-soignants.	40
Figure 15 : Intervention des aides-soignants lors de la toilette.	41
Figure 16 : Intervention des aides-soignants lors de l'habillage.	41
Figure 17 : Participation des résidents lors des transferts.	42
Figure 18 : Causes liées à la non-participation du résident lors des transferts.	42
Figure 19 : Causes liées à l'institution favorisant le risque de grabatisation des résidents en EHPAD, selon les aides-soignants.	43
Figure 20 : Type de collaboration entre aides-soignants et ergothérapeutes.	44

Liste des abréviations

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CCTE : Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

Lors du semestre trois de ma deuxième année d'ergothérapie, j'ai réalisé un projet collectif avec cinq autres étudiants. Nos objectifs étaient : « la prévention multimodale de la perte d'autonomie via le dépistage du risque de chutes et de la sédentarité » et « le repérage de la perte d'autonomie », en lien avec un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS). La mise en place de notre projet consistait à lancer une expérimentation au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « les 5 sens », situé dans l'hôpital Louise Michel à Cébazat. Au cours de ce travail, nous avons lu des articles autour de cette thématique de prévention et nous avons réfléchi sur les actions que nous pouvions mettre en place pour favoriser l'autonomie des résidents dans la structure. Cependant, en raison de la crise sanitaire, notre projet a dû être mis en pause. Nous n'avons donc pas pu mettre en pratique nos idées et nous confronter à la pratique du terrain. Les nombreuses questions qu'avaient suscitées ce projet sont donc restées en suspens.

Pour ma part, travailler autour de ce projet a fait émerger en moi trois questions principales : comment faire pour que l'EHPAD soit vu comme un lieu de vie et pas seulement comme un lieu de soin par les résidents ? Que faire pour que l'état de santé de ces personnes ne se détériore pas ? Et donc, quel rôle peut avoir l'ergothérapeute autour de ces problématiques ?

C'est donc tout naturellement que je me suis redirigée vers ces questionnements pour mon mémoire. J'avais envie d'approfondir cette idée, d'analyser ces questionnements et de trouver des éléments de réponses. C'est alors que mon thème général a émergé : **le maintien de l'autonomie en EHPAD.**

Le maintien ou la restauration de l'autonomie est le rôle central de l'ergothérapeute, dans tous ses domaines d'interventions. Mais, en EHPAD, cet objectif est primordial puisqu'on remarque que ses résidents sont de moins en moins autonomes. Pourtant, « 45 % des résidents classés en GIR de 3 à 6 et avec une espérance de vie relativement longue pour une majorité d'entre eux » (ANESM, 2016) sont présents dans les EHPAD. C'est-à-dire des personnes avec une perte d'autonomie moyenne ou faible. C'est pourquoi il faut agir pour que ces personnes maintiennent leurs capacités afin de conserver leur qualité de vie. L'ergothérapeute, grâce à l'activité, permet alors le maintien des capacités dans les activités

de la vie quotidienne. Il permet au résident d'être acteur dans son quotidien et vise l'autonomie.

Dans la première partie de ce mémoire, une revue de littérature, reprenant l'ensemble des différentes connaissances sur les thématiques, sera confrontée aux informations pratiques issues de l'enquête exploratoire. De ce travail, découlera ensuite la question de recherche. Puis, dans une deuxième partie, la méthodologie de recherche sera exposée, avec le choix de la population, le choix de l'outil et la méthode d'analyse des données. Par la suite, les résultats obtenus seront analysés et discutés, au regard de la littérature existante. Les limites de cette étude seront également développées ainsi que les apports pour la profession et les apports personnels.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Connaissances sur le sujet

1.1.1. Autonomie et indépendance

1.1.1.1. Définition des termes

L'autonomie est un terme difficile à définir pour la majorité des personnes. On peut le constater lorsque l'on cherche sa définition. D'après le CNRTL, c'est la « *faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement* ». Alors que, l'encyclopédie universalis et le dictionnaire le robert, associent l'autonomie au terme d'indépendance. Dans l'article *Le harcèlement thérapeutique ou les excès du maintien de l'autonomie en EHPAD*, de O. Méchin en 2016, on relève plusieurs définitions. L'auteur fait la distinction entre trois sens différents. Le sens médical de l'autonomie, celui utilisé en gériatrie, correspond à l'indépendance fonctionnelle ; soit la capacité pour une personne à effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne. Le sens courant de l'autonomie désignant l'indépendance matérielle et intellectuelle. Et le sens étymologique, étant le fait de se gouverner soi-même par ses propres lois dans les limites des droits définis par la Société. Cet exemple démontre bien la difficulté à définir l'autonomie, son sens variant en fonction du contexte d'utilisation. On a également pu remarquer que l'autonomie a été associée au terme d'indépendance, ce qui est souvent le cas dans la vie quotidienne. Lorsque l'on cherche la définition de l'indépendance, dans les mêmes sources citées précédemment, le terme d'autonomie ressort que ce soit dans la définition ou dans les synonymes. Alors ces deux termes signifient-ils la même chose ou sont-ils différents?

Sylvie Meyer (2013) a condensé dans son livre les différentes définitions de ces termes, suivant trois visions : celle de la langue française, celle de l'ergothérapie et celle du CCTE (Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE). Nous passerons les définitions de la langue française puisque nous les avons brièvement abordés précédemment. La littérature en ergothérapie révèle une évolution de la définition de l'indépendance, au cours du vingtième siècle, suivant les trois paradigmes de l'ergothérapie. Lors du premier paradigme, l'indépendance « *correspondait à un résultat que l'individu bénéficiant des services de l'ergothérapeute pouvait entrevoir lorsqu'il avait récupéré suffisamment de capacités* » (Meyer, 2013). Puis, lors du second paradigme l'indépendance a été définie comme « *la possibilité d'effectuer sans l'aide de tiers ses activités de la vie quotidienne* » (Meyer, 2013).

Elle devient alors un nouvel objectif de thérapie, notamment en réadaptation. C'est enfin lors du troisième paradigme que ce concept atteint son apogée. Sa définition reste sensiblement la même, mais avec des termes plus complexes.

Dans le cadre de la réadaptation, l'indépendance est vue soit comme « *une compétence dans la réalisation de tâches* » soit comme « *une mesure de la performance qui indique la capacité à réaliser une tâche sans l'assistance d'une autre personne – avec ou sans – l'aide d'équipement* » (Meyer, 2013). Ces « tâches » correspondent généralement à la catégorie des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Nous pouvons remarquer ici que l'indépendance est définie d'après une tâche, c'est-à-dire une activité. C'est donc un abus de langage de dire d'un individu qu'il est dépendant ou indépendant, de manière générale, puisque celle-ci dépend d'une activité spécifique. C'est pourquoi, souvent, en réadaptation, les ergothérapeutes s'axent sur un domaine particulier (occupationnel, physique, cognitif) pour leur prise en charge. D'ailleurs, le domaine cognitif n'est pas à délaissé puisque l'indépendance concerne aussi les capacités cognitives, notamment pour organiser l'action et pour les apprentissages en lien avec les adaptations permettant l'indépendance. Enfin, l'indépendance est conditionnée par l'environnement physique et social de la personne. En effet, suivant le degré d'isolement de la personne et de son statut social, son indépendance ne sera pas la même.

Il y a cependant des limites à utiliser l'indépendance comme but thérapeutique. En effet, l'indépendance est définie selon des normes sociales et culturelles. Notre vision personnelle de l'indépendance n'est donc pas forcément identique à celle de notre patient. C'est pourquoi il faut s'adapter à la culture, aux besoins, et aux valeurs personnelles des patients afin de ne pas travailler un objectif thérapeutique qui nous est propre. De plus, selon le degré d'incapacités ou d'handicap de la personne, l'indépendance n'est pas forcément la priorité. La communication, l'écoute et l'adaptation sont donc essentielles pour une prise en charge adaptée et de qualité.

Sylvie Meyer ajoute un dernier concept à l'indépendance : l'autodétermination. Les performances ne sont alors plus basées sur les normes sociales ou les normes de l'observateur mais selon l'appréciation de la personne concernée. Nous ne nous cibons plus uniquement sur les capacités physiques mais sur les capacités décisionnelles. Cela amène à une autre

définition : « *une personne est indépendante lorsqu'elle détermine l'aide dont elle a besoin* » (Meyer, 2013). Ce concept d'autodétermination renvoie alors finalement à l'autonomie.

La littérature en ergothérapie révèle également plusieurs définitions de l'autonomie, avec plus ou moins de précision. Tout d'abord, depuis les années 1980, il est dit que « *une personne autonome décide de ce qu'elle veut faire, agit de la manière dont elle le veut et elle dispose de plus d'une emprise sur son environnement* » (Meyer, 2013). Ensuite, s'ajoutent à cette définition des éléments supplémentaires de précision tels que la capacité d'émettre des jugements et des idées personnelles. Par la suite, la littérature fait référence à la liberté, ce qui nous offre une autre définition « *l'autonomie est la liberté de décider et la liberté d'agir* » (Meyer, 2013). Quelques années plus tard, l'autonomie est alors mise en lien avec le concept d'indépendance. Il apparaît cette fois-ci une notion de contrôle. En effet, une personne peut être dépendante dans les actes mais autonome pour la gestion de ces actes en choisissant son/ses aidant(s), le temps, le lieu et la manière d'apporter l'aide. L'autonomie apparaît alors comme une capacité complexe nécessitant des habiletés cognitives et de la motivation à l'utiliser. De nombreuses personnes ont donc une autonomie altérée du fait du manque de ces capacités. Il faut toutefois être prudent, en tant que professionnel, à ne pas priver les personnes de leur autonomie sous prétexte qu'on estime qu'elles n'ont pas les capacités de l'exploiter. Il faut leur laisser l'opportunité de décider et pourquoi pas, les aider à acquérir une autonomie qu'ils ne possèdent pas à l'instant t.

Ensuite, deux autres visions de l'autonomie sont développées. L'une parle d'un processus qui se développerait au cours de la vie en fonction de ses expériences personnelles et l'autre d'un état fluctuant car il serait déterminé par plusieurs éléments, certains propres à la personne et d'autres au contexte et à l'environnement. Par exemple, l'autonomie peut être altérée lorsqu'une situation ne permet pas à l'individu d'exprimer sa volonté.

Comme je le disais précédemment avec l'article de O. Méchin de 2016, il faut savoir que, encore aujourd'hui, l'autonomie prend souvent le sens de l'indépendance fonctionnelle dans le cadre de la réadaptation. C'est-à-dire pouvoir effectuer une activité de manière satisfaisante sans l'aide d'un tiers. Il est donc important de communiquer efficacement avec l'équipe pluridisciplinaire afin d'être sûr d'utiliser la même définition de l'autonomie, sans quoi notre intervention pourrait être totalement différente.

Pour finir, Sylvie Meyer explique que l'autonomie telle que la liberté de décider pour soi-même est rarement pleinement utilisée dans la vie quotidienne puisque nous avons souvent tendance à demander l'avis des autres pour prendre une décision. Cependant, celle-ci reste présente et accessible au quotidien c'est pourquoi il est nécessaire qu'elle le soit aussi dans n'importe quelle prise en charge institutionnelle.

Le CCTE définit l'autonomie comme « *La liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci* » et l'indépendance comme « *Le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante* ».

Finalement, nous pouvons constater que suivant la définition choisie et la perception individuelle, sociale ou culturelle, la distinction entre l'indépendance et l'autonomie peut être claire ou au contraire inexistante.

1.1.1.2. Les causes de la perte d'autonomie

L'article de V. NOUVEL et al. (2018) relève plusieurs causes de la perte d'autonomie chez les personnes âgées hospitalisées. Nous pouvons transposer leur analyse aux personnes âgées institutionnalisées puisque leurs conditions de séjour sont semblables et les conséquences sont les mêmes. Tout d'abord, les auteurs expliquent que les affections aiguës ne sont pas la cause principale de cette perte d'autonomie mais un risque supplémentaire. D'après l'étude de la DREES en 2003, citée par les auteurs, « *les situations de déclin fonctionnel ne sont pas étroitement liées à des pathologies aiguës* ». En effet, les polyopathologies chroniques sont des facteurs de fragilisation mais c'est l'hospitalisation, ou dans notre cas l'institutionnalisation, qui est le facteur déclenchant de la perte de fonctions préalablement fragilisées. Les auteurs parlent alors d'un modèle « *impliquant des facteurs intrinsèques pathologiques auxquels doivent s'ajouter des facteurs extrinsèques déclenchant* » (NOUVEL et al., 2018). Parmi ces facteurs extrinsèques, il y a donc l'hospitalisation, l'immobilisation liée à l'hospitalisation et une autre cause moins connue : la sur-assistance. Pour appuyer leurs propos, les auteurs citent, d'après le rapport de la DREES, « *les techniques de gestion et d'accompagnement ont plus d'influence sur la perte d'autonomie que les incapacités en elles-mêmes chez les sujets fragilisés car elles déterminent le niveau d'entretien et de stimulation obtenu au cours des activités de la vie journalière* ».

Un constat de restriction d'activité liée à l'hospitalisation a été fait dans le service de réadaptation pour personnes âgées du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, par les auteurs. Les causes de cette restriction d'activité sont d'une part intrinsèques aux patients, et d'autre part extrinsèques telles que la sur-assistance des équipes de soin ou des aidants familiaux, la surprotection pour éviter les chutes, et peu de sollicitations motivantes pour que les personnes fassent par elles-mêmes. L'action des équipes soignantes est donc un facteur non négligeable dans le maintien d'autonomie des personnes âgées institutionnalisées.

1.1.2. Vieillessement et personnes âgées

« En France, la part des personnes de 60 ans et plus augmente et cette tendance va, selon les projections de l'Insee, s'accélérer au cours des prochaines décennies. Entre 2007 et 2060, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans pourrait augmenter de plus de 80 %, selon le scénario central, pour atteindre, en 2060, le nombre de 23,6 millions » (ANESM, 2016). L'objectif va donc être de « maintenir l'autonomie des personnes âgées et retarder au maximum l'entrée dans la dépendance » (ANESM, 2016).

1.1.2.1. Vieillessement

Selon Nouvel et Jouaffre (2009), le vieillissement peut se diviser en trois catégories :

- Le vieillissement réussi est caractérisé par « une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologie »
- Le vieillissement habituel ou usuel, est caractérisé par une absence de pathologie définie mais avec des troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge
- Le vieillissement pathologique, est associé à des pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicaps, responsables d'une dépendance majeure

D'un point de vue biologique, le vieillissement est « le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. » (OMS, 2018). En revanche, son fonctionnement n'est pas linéaire et uniquement lié à l'âge. En effet, l'état de santé de deux personnes du même âge peut être totalement différent. Il s'ajoute ensuite au vieillissement les syndromes gériatriques, c'est-à-dire « l'apparition de plusieurs états de santé complexes qui ne surviennent généralement

que tard dans la vie et ne constituent pas des catégories de maladie distinctes » (OMS, 2018). Parmi eux, on retrouve notamment la fragilité, l'incontinence urinaire, les chutes, les délires et les escarres (OMS, 2018). L'OMS les considère comme les « meilleurs indicateurs prédictifs de la mortalité ».

Le vieillissement implique des changements physiologiques et l'augmentation du risque de maladies chroniques. De plus, celles-ci peuvent se cumuler et on parle alors de « multimorbidité ». Les personnes âgées peuvent donc être confrontées à des problèmes de santé complexes, qui ne sont pas stables dans le temps (OMS, 2016).

L'environnement physique et social ainsi que les caractéristiques personnelles sont des facteurs influençant le vieillissement « en bonne santé » (OMS, 2018). Ils déterminent, dès notre enfance, la manière dont on vieillira. L'expression « vieillir en bonne santé » ne fait pas consensus mais elle est souvent utilisée pour décrire « *un état positif d'absence de maladie* » (OMS, 2016). Elle fait donc la distinction entre les personnes en bonne santé et les personnes malades. Cependant, les personnes âgées sont souvent atteintes de problèmes de santé, sans pour autant être impactées fonctionnellement. L'OMS, en 2016, a alors établi une définition plus holistique du vieillissement en bonne santé : « *processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être* ».

1.1.2.2. Personnes âgées

La définition exacte de la personne âgée est complexe à obtenir puisqu'elle dépend de nombreux facteurs, tels que le pays et sa politique. Cette catégorie de personnes regroupe en réalité trois groupes différents : « *les adultes âgés autonomes et en bonne santé, les personnes fragiles ou vulnérables qui peuvent devenir dépendantes et les personnes dépendantes ou très dépendantes nécessitant une personne tierce pour effectuer les actes de la vie courante* » (Légifrance, 2013). En France, une personne est considérée âgée à partir de soixante ans.

Ensuite, la dépendance d'une personne âgée est définie comme « *un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne* » (INSEE, 2014). Ce degré de dépendance est évalué avec la grille nationale Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources (AGGIR) basée sur dix variables qui se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique (Légifrance, 2013). Les individus sont

alors classés en six Groupes Iso-Ressources (GIR) : les GIR 1 à 4 représentent les personnes dépendantes et les GIR 5 et 6 celles conservant une autonomie.

« L'âge moyen d'entrée en dépendance est de 83 ans. Les risques de dépendance s'accroissent rapidement à partir de 80 ans, concernant par exemple 20 % des personnes âgées de 85 ans. » (INSEE, 2016)

1.1.3. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

1.1.3.1. Définition

D'après le site officiel des services public (2020), les EHPAD, ou maison de retraite, sont des structures médicalisées hébergeant des personnes âgées dépendantes. En conséquence, ces personnes doivent être âgées d'au moins soixante ans et avoir besoin de soins et d'aide au quotidien pour effectuer les actes de la vie quotidienne. Ces structures proposent des hébergements à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire. En effet, certaines personnes peuvent intégrer un EPHAD à la suite d'une hospitalisation ou lors d'une période de convalescence, dans l'attente d'un retour au domicile qui ne peut se faire dans l'immédiat. Les EHPAD peuvent être généralistes ou alors spécialisés, comme pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Lorsque l'hébergement est supérieur à deux mois, un contrat de séjour doit être conclu entre la personne âgée ou son représentant légal et l'établissement. Celui-ci doit être remis à la personne concernée au plus tard dans les quinze jours qui suivent son admission et signé dans le mois qui suit. Il sert à préciser les objectifs de prise en charge, les prestations fournies, les conditions de séjour et d'accueil et la participation financière. La personne âgée possède un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat ou de son admission. De plus, un livret d'accueil contenant la charte des droits et des libertés des résidents ainsi que le règlement intérieur, doit être remis à la personne.

Les prestations minimales fournies par l'établissement concernent l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage et l'animation. De plus, si le résident le souhaite, la fourniture des médicaments peut être assurée par l'EHPAD à partir de la prescription médicale. Les prestations de l'établissement sont regroupées en trois catégories de tarification. Le tarif hébergement est fixe et identique pour tous les résidents. Le tarif soin, comprenant le matériel médical et les charges du personnel, est à la charge de

l'assurance maladie. Enfin, le tarif dépendance correspond aux prestations d'aide et de surveillance quotidienne. Il est évalué selon le GIR de la personne : plus la personne est dépendante, plus le coût est élevé.

Une équipe pluridisciplinaire, comprenant au moins un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'état, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs, est présente dans la structure. Ils interviennent lors des soins médicaux et paramédicaux, pour des actions de prévention et d'éducation à la santé. De plus, ils réalisent avec le résident un projet d'accompagnement personnalisé permettant de convenir ensemble d'un projet de soin et de vie correspondant aux besoins et aux choix de la personne.

Enfin, une aide financière peut être fournie à la personne dans le cas de ressources financières insuffisantes. Les aides possibles sont l'aide personnalisée d'autonomie (APA) qui s'applique sur le tarif dépendance, l'aide au logement et l'aide sociale à l'hébergement qui s'appliquent au tarif hébergement. Ces trois aides peuvent se cumuler en fonction de la situation de la personne.

1.1.3.2. EHPAD et perte d'autonomie

Le moyen utilisé au sein de ces établissements est le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation (ANESM, 2016). Les fondements de cette démarche sont l'écoute attentive, l'observation de la personne dans son environnement et l'attention portée à ce qui s'est modifié (ANESM, 2016). « *Le soin devient alors une forme d'aide qui vise à lutter contre cette précarité en redonnant des capacités (ou capabilités) à une personne qui, à un moment donné de sa vie, provisoirement ou définitivement, en est plus ou moins privée* » (Svandra, 2007).

Les principales problématiques liées au risque de perte d'autonomie ou de son aggravation, rencontrées par les personnes âgées vivant en EHPAD, sont : la mauvaise nutrition, la dénutrition et déshydratation ; les chutes ; les risques liés à la prise des médicaments ; la souffrance physique ; la souffrance psychique ; les troubles du comportement et troubles cognitifs (ANESM, 2016). En EHPAD, les missions des équipes sont alors principalement préventives.

1.1.3.3. L'ergothérapeute en EHPAD

En gériatrie, l'objectif général de l'ergothérapeute est d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées. Mais plus précisément, ses objectifs sont ciblés sur le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge (AFEG, 2012). Son intervention paraît donc essentielle pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées en EHPAD. Grâce à l'activité, il va agir sur l'autonomie, l'indépendance et la qualité de vie des résidents en favorisant le maintien de leur participation (Villaumé, 2019).

Afin de présenter les différentes compétences et actions de l'ergothérapeute en EHPAD, nous nous sommes appuyés sur l'article de A. Villaumé (2019) « Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie ».

En EHPAD, l'ergothérapeute peut intervenir pour la réadaptation cognitive et motrice. Par le biais de séances individuelles ou d'atelier de groupe, il va aider les personnes âgées « à maintenir leur capacité cognitive restante et à renforcer les stratégies compensatrices afin d'optimiser leur performance dans les activités de la vie quotidienne ». Pour optimiser son intervention, l'ergothérapeute utilise les mises en situation. En effet, « c'est la répétition en situations réelles qui permet un entraînement et un apprentissage des habiletés nécessaires pour améliorer leur performance dans les actes de la vie quotidienne ». Concernant les capacités motrices, « l'ergothérapeute améliore ou maintient de manière fonctionnelle les habiletés motrices du sujet âgé nécessaires à ses activités quotidiennes et à sa participation sociale ». Il utilisera, là encore, les mises en situation pour consolider les acquis et permettre un transfert de ces capacités dans les actes de la vie quotidienne.

« Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, l'ergothérapeute joue un rôle essentiel dans la prévention des chutes et la prise en charge des sujets âgés chuteurs » en lien avec la compétence 5 du référentiel de compétence. L'ergothérapeute peut, grâce à sa vision holistique, identifier l'ensemble des facteurs de risque de chute. En utilisant l'activité, il va permettre à la personne de développer « des stratégies d'adaptation posturale et sécuritaire lors des activités de la vie quotidienne ». Cela va alors favoriser sa participation et son engagement dans les activités journalières et, par répercussion, diminuer l'isolement et améliorer la vie sociale de la personne âgée.

L'ergothérapeute est aussi « *un acteur clé dans la mise en place d'un programme de prévention et de réduction des contentions* ». Son intervention permet de préserver l'autonomie de la personne âgée tout en assurant sa sécurité.

« *L'ergothérapeute préconise les aides humaines, animalières et matérielles nécessaires pour la sécurité, l'autonomie, l'indépendance et la qualité de vie des personnes* ». Dans un deuxième temps, il effectue, avec la personne, un apprentissage de l'aide technique et s'assure de son acceptation dans le quotidien de la personne. Il est également formé pour la conception et réalisation d'orthèses ainsi que pour conseiller sur « *les coûts, les possibilités de prise en charge et les aides financières pour les démarches à effectuer* ».

Un des rôles majeurs de l'ergothérapeute dans les EHPAD est le positionnement des personnes âgées pour lutter contre les troubles posturaux, favoriser le confort, prévenir l'apparition d'escarres et les déformations orthopédiques. Le positionnement peut aussi avoir pour objectif de permettre la participation dans les activités de la vie quotidienne.

« *L'ergothérapeute a également comme mission d'éduquer les aidants professionnels et naturels des personnes âgées* » pour leur apprendre à solliciter au maximum les habiletés restantes des personnes lors de leur accompagnement, et donc éviter le « faire à la place de ». Cet accompagnement permet la réalisation d'activité en sécurité et repose sur les besoins mutuels des personnes. « *Cette démarche préventive et réhabilitatrice auprès des aidants a pour objectif d'éviter les désadaptations de la personne âgée tout en améliorant sa qualité de vie* ».

Pour finir, l'ergothérapeute peut avoir un rôle de formateur au sein des EHPAD. Ses conseils en manutention seront bénéfiques, d'une part pour les résidents en conservant leur participation, et d'autre part pour les soignants afin de savoir comment s'adapter à la personne, quelles postures et techniques gestuelles utilisées pour prévenir les troubles musculosquelettiques.

En conclusion, l'ergothérapeute possède de nombreuses compétences permettant une prise en charge complète et adaptée aux personnes âgées. Par le biais de l'activité, il permet une réadaptation cognitive, motrice et sociale. Ces acquis pourront être transférés dans les activités significatives de la vie quotidienne des résidents afin de leur offrir autonomie

et indépendance. Son rôle dans la prévention et le traitement du risque de chute est également fondamental pour sécuriser la vie quotidienne des résidents.

1.1.3.4. La vie en institution

L'entrée en institution est une étape dans la vie d'une personne. En effet, elle marque la transition entre sa vie au domicile et sa nouvelle vie en institution. Cette étape peut s'avérer difficile pour la personne, notamment quand ce n'est pas un choix personnel, ou au contraire elle peut être bien acceptée. Il faut alors, pour la personne, investir son nouveau lieu d'habitation. « *La manière de vivre l'entrée dans l'établissement, l'origine sociale de la personne, l'histoire de vie influencent la manière de vivre et de s'approprier l'espace dans les établissements* » (MALLON, 2005, cité par ANESM, 2011). Pour cela, d'après l'ANESM (2011), le cadre réglementaire français encourage les EHPAD « *à se rapprocher de milieux de vie ordinaire, à favoriser une continuité entre la vie à domicile et la vie en institution. Ainsi, les résidents sont invités à s'approprier les lieux (...) et les familles sont associées à la vie de l'établissement. Ce sont bien de véritables chez-soi que les institutions proposent aux résidents de créer dans leurs murs.* » (MALLON, 2005, cité par ANESM, 2011). Toujours dans cette optique de créer son « chez-soi », les résidents sont invités à apporter leur propre mobilier dans leur chambre. C'est une façon pour eux de raconter leur histoire et de montrer leur identité, tout en contribuant à leur qualité de vie.

L'ANESM, en 2011, relève de nombreux problèmes liés à l'institution. Une phrase tirée du rapport d'appréciation sur les orientations ministérielles québécoises relatives à la qualité du milieu de vie, résume bien la situation : « *Le résident vit où le personnel travaille alors que le personnel devrait travailler là où le résident vit.* ». Le premier problème est que l'organisation de l'institution n'est pas faite en concertation avec les résidents. En effet, « *les résidents prennent rarement part aux décisions organisationnelles qui pourtant ont une influence sur leur vie de tous les jours.* » (JAUJOU, 2006, cité par ANESM, 2011). Il ne faut pas oublier que l'institution, ici l'EHPAD, est le lieu de vie des personnes et donc que le fonctionnement de l'institution dirige leur vie quotidienne. Sans concertation, cette organisation ne favorise pas le respect des rythmes individuels et l'expression des choix personnels. Pourtant, la qualité de vie des personnes dépend de la satisfaction de leur besoin personnel. Ensuite, « *la cadence de travail et le manque d'effectifs incitent parfois les soignants et le personnel à « faire à la place de » plutôt que « d'accompagner à »* » (BASTIEN

et RICK, 2010, RIMBERT, 2007, cités par ANESM, 2011) ce qui impacte largement l'indépendance et à terme l'autonomie. De plus, « *l'organisation du travail en flux tendu rend difficile la personnalisation et l'adaptation au rythme de vie des personnes* » (RIMBERT, 2006, cité par ANESM, 2011).

1.1.4. La collaboration

La collaboration, de par sa définition la plus simple est l'« *action de collaborer, participer à une œuvre avec d'autres* » (Larousse, n.d.).

L'Organisation mondiale de la santé définit la pratique collaborative dans les soins de santé « *lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention et la formation interprofessionnelle ou l'apprentissage interprofessionnel comme des occasions où les membres de plusieurs professions font des apprentissages avec, à propos et à partir des autres, en vue d'améliorer la collaboration et les résultats des soins.* ». Cette dernière définition semble davantage pertinente. En effet, elle aborde la notion de pluridisciplinarité dans l'objectif de proposer un accompagnement complet grâce à la diversification des points de vue professionnels.

Nous nous intéresserons ici à la collaboration pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soin.

Une équipe est définie comme « *un ensemble identifiable de deux personnes ou plus qui interagissent de manière dynamique, interdépendante et adaptée vers un but/un objectif/une mission commun(e) et valorisé(e), qui se sont chacune vu affecter des rôles et fonctions spécifiques et dont la durée du mandat au sein de l'équipe est limitée* » (OMS, 2015). Une équipe est variée et complexe et sa capacité à communiquer déterminera l'efficacité des soins et du traitement. Au sein de cette équipe, les différents membres qui la compose doivent connaître leur rôle et les rôles des autres membres, interagir les uns avec les autres en vue d'atteindre un objectif commun, prendre des décisions, posséder des connaissances et compétences spécialisées et enfin agir comme un « *individu collectif* », du fait de l'interdépendance des tâches réalisées par chacun des membres de l'équipe (OMS, 2015).

L'efficacité de ce travail d'équipe permet un impact positif immédiat sur la sécurité du patient mais également pour sa prise en charge globale. « *Il est de plus en plus important de*

pouvoir compter sur des équipes efficaces dans le domaine de la santé en raison des facteurs suivants : (i) l'augmentation de la complexité et de la spécialisation des soins ; (ii) les comorbidités en hausse ; (iii) l'incidence croissante des maladies chroniques ; (iv) la pénurie générale de main d'œuvre ; (v) les initiatives en matière de sécurisation des horaires de travail. » (OMS, 2015).

L'OMS (2015) a relevé les résultats d'un travail d'équipe efficace du point de vue de l'équipe et du patient. Concernant l'équipe en générale, un travail d'équipe efficace permet une meilleure coordination des soins, une utilisation efficace des services de santé, une meilleure communication et une plus grande diversité professionnelle. Pour les membres de l'équipe, cela permet une meilleure satisfaction au travail, des rôles plus clairs et une amélioration du bien-être personnel. Enfin, les bénéfices pour le patient sont une meilleure satisfaction à l'égard des soins, une acceptation du traitement, des meilleurs résultats de santé et qualité des soins et une diminution des erreurs médicales.

La collaboration pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soin apparaît donc essentielle et bénéfique que ce soit dans l'organisation générale des soins, la coordination de l'équipe jusqu'à la prise en charge complète et efficace du patient.

Au sein des EPHAD les équipes sont, dans la majorité des cas, pluridisciplinaires, c'est-à-dire « *composée de différents professionnels qui appartiennent au plateau technique [...] qui sont parties prenantes des projets de soins, éducatifs, pédagogiques ou sociaux.* » (RULLAC, S. et BINET, M., 2016). La collaboration au sein de cette équipe pluridisciplinaire permet alors de croiser les regards sur les situations. Les compétences de chaque professionnel se complètent et se mutualisent, dans le but de proposer un accompagnement global et personnalisé aux résidents des EPHAD. Cette complémentarité d'équipe, permet également de confronter les opinions, de prendre du recul et d'échanger sur les situations à travers différents corps de métier et ainsi d'avoir un accompagnement enrichi.

1.2. Enquête exploratoire

Afin de confronter les données relevées dans la littérature et la pratique du terrain, une enquête exploratoire, destinée aux ergothérapeutes exerçants ou ayant déjà exercé en EHPAD, a été réalisée. Pour le recueil d'informations, un questionnaire a été élaboré sur Google Forms® et partagé ensuite sur les réseaux sociaux (Annexe I). Celui-ci était composé de sept questions et d'un espace libre pour des remarques ou des questionnements concernant mon sujet. Il y a eu, au total, soixante-deux réponses.

Les questions posées étant des questions à réponses ouvertes, les ergothérapeutes ont pu donner plusieurs éléments de réponses à chaque question. Cela explique qu'il y a plus de soixante-deux réponses par question.

La première question concernait l'expérience en EHPAD des ergothérapeutes. Afin de permettre une meilleure lisibilité de leurs réponses, un tableau récapitulatif a été effectué (tableau I). On peut alors constater que la majorité des ergothérapeutes interrogés ont une expérience de 1 à 5 ans, en EHPAD. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat. Tout d'abord, nous pouvons penser au phénomène de « turn-over » chez les ergothérapeutes, du fait du manque de temps, de moyens et de résultats qui impacteraient leur motivation. Ensuite, l'utilisation d'un réseau social, pour partager l'enquête exploratoire, peut être un biais à la recherche puisqu'il cible principalement les jeunes.

Années	< 1 an	1 – 5 ans	6 – 10 ans	11 – 15 ans	+ de 15 ans
Nombre de réponse	13	37	5	4	3

Tableau I : Années d'expérience des ergothérapeutes en EHPAD

Pour la majorité d'entre eux, la définition de l'autonomie est claire et correcte. Cependant, quatorze personnes ont confondu l'autonomie et l'indépendance dans leur définition, ce qui représente 23 % des personnes ayant participé à cette enquête exploratoire. Ce chiffre est élevé sachant que l'autonomie est au cœur de notre métier. Il est important d'en connaître la définition et de la distinguer de l'indépendance, peu importe le milieu d'intervention. Cette confusion pourrait s'expliquer du fait de la pratique de terrain, qui privilégie, peut-être, davantage l'indépendance à l'autonomie.

D'après les ergothérapeutes, les demandes des résidents en EHPAD sont nombreuses et variées. Vous pouvez les retrouver dans le graphique ci-dessous (figure 1).

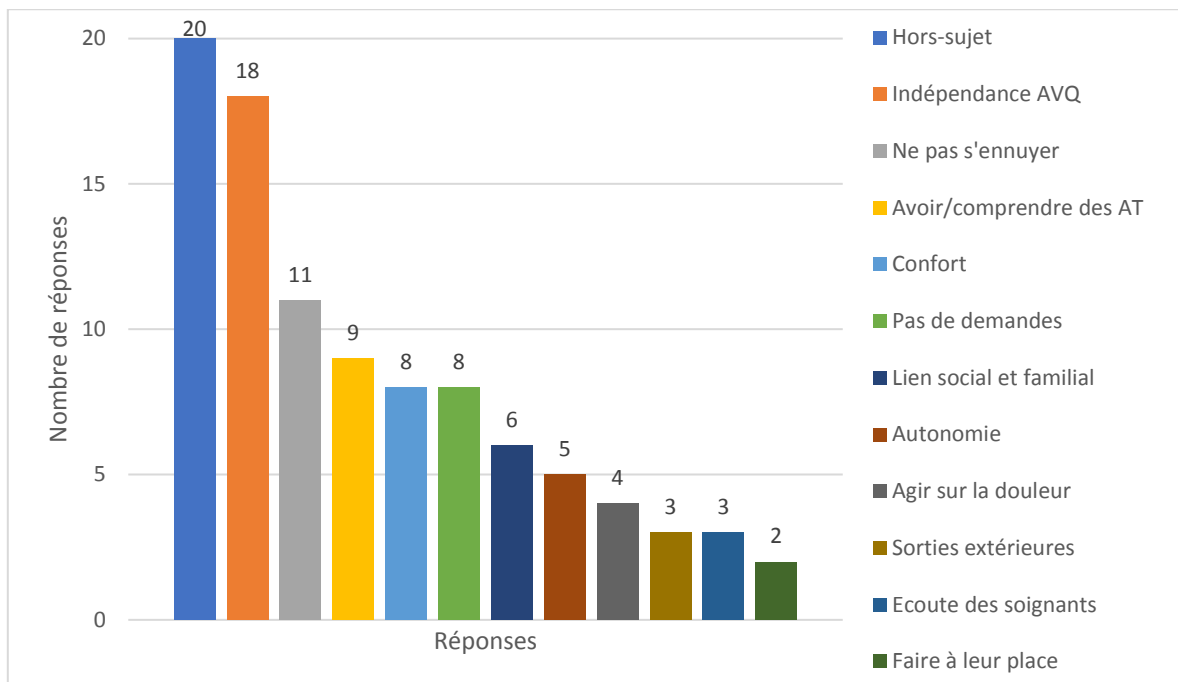


Figure 1 : Demandes des résidents en matière de prise en charge en EHPAD. AVQ = activités de la vie quotidienne, AT = aides techniques. La catégorie hors-sujet comprend les réponses non exploitées par manque de cohérence.

Nous constatons que neuf personnes ont répondu que les demandes ne viennent pas des résidents. Cela signifie que les décisions et les demandes de soins sont prises par l'équipe soignante. A la lecture de ces réponses, beaucoup semblent être l'interprétation des ergothérapeutes et non ce que demande « réellement » le résident. On peut alors se demander pourquoi ? Cela signifie-t-il qu'il n'y a pas de demande de la part du résident ?

Les réponses « hors-sujet » montrent que la question a été mal comprise. Cela signifie que la formulation n'était pas claire, ce qui a été un biais au questionnaire. L'utilisation de l'expression « prise en charge » n'était pas adaptée ici. Afin de permettre une meilleure compréhension, la question aurait pu être reformulée : « Quelles sont les demandes, de manière générale, des résidents en EHPAD ? ».

Les ergothérapeutes exposent différents objectifs principaux de prise en charge en EHPAD (figure 2).

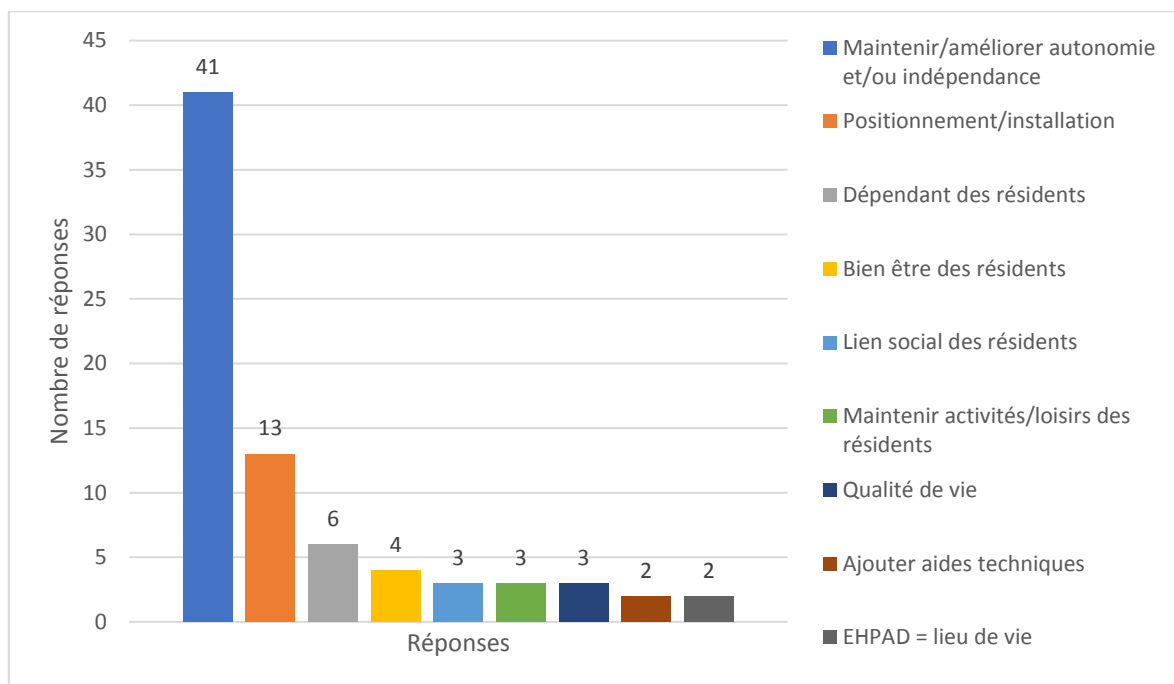


Figure 2 : Objectif principal de prise en charge des ergothérapeutes auprès des personnes âgées vivant en EHPAD.

Nous pouvons constater que malgré les nombreux objectifs proposés, le maintien et/ou l'amélioration de l'autonomie/indépendance reste l'objectif principal des ergothérapeutes en EHPAD. L'autonomie et l'indépendance étant majoritairement associées dans les réponses, aucune distinction n'a pu être faite. De plus, lors de la lecture, nous avons pu remarquer la difficulté de donner un seul objectif principal. En effet, les ergothérapeutes citent souvent toutes leurs actions en EHPAD ou différents objectifs de prise en charge. Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD est-il alors vraiment défini ?

L'analyse de cette question permet de confirmer le thème de ce mémoire puisque le maintien de l'autonomie apparaît comme primordial dans la prise en charge ergothérapique en EHPAD.

Pour les soixante-deux ergothérapeutes ayant répondu, les causes de la perte d'autonomie des résidents en EHPAD sont nombreuses, certaines étant dues à la personne elle-même et d'autres à l'institution (figure 3).

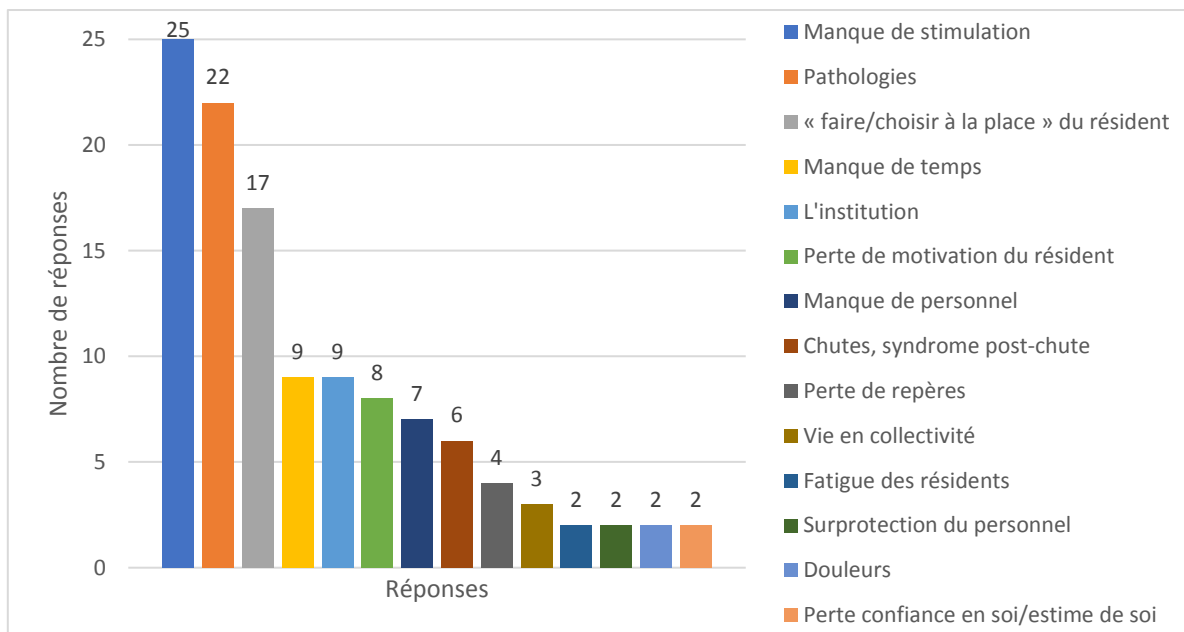


Figure 3 : Causes de la perte d'autonomie des résidents en EHPAD.

Les trois causes principales relevées par les ergothérapeutes sont le manque de stimulation, les pathologies des résidents et le « faire à la place » ou « choisir à la place » du résident. En dehors des pathologies, ce sont des causes pour lesquelles nous pouvons agir en tant que professionnel. Nous allons donc voir, avec la question suivante, si les ergothérapeutes interrogés agissent sur ces deux axes.

Les actions mises en place par les ergothérapeutes afin de contribuer au maintien de l'autonomie des résidents sont nombreuses (figure 4).

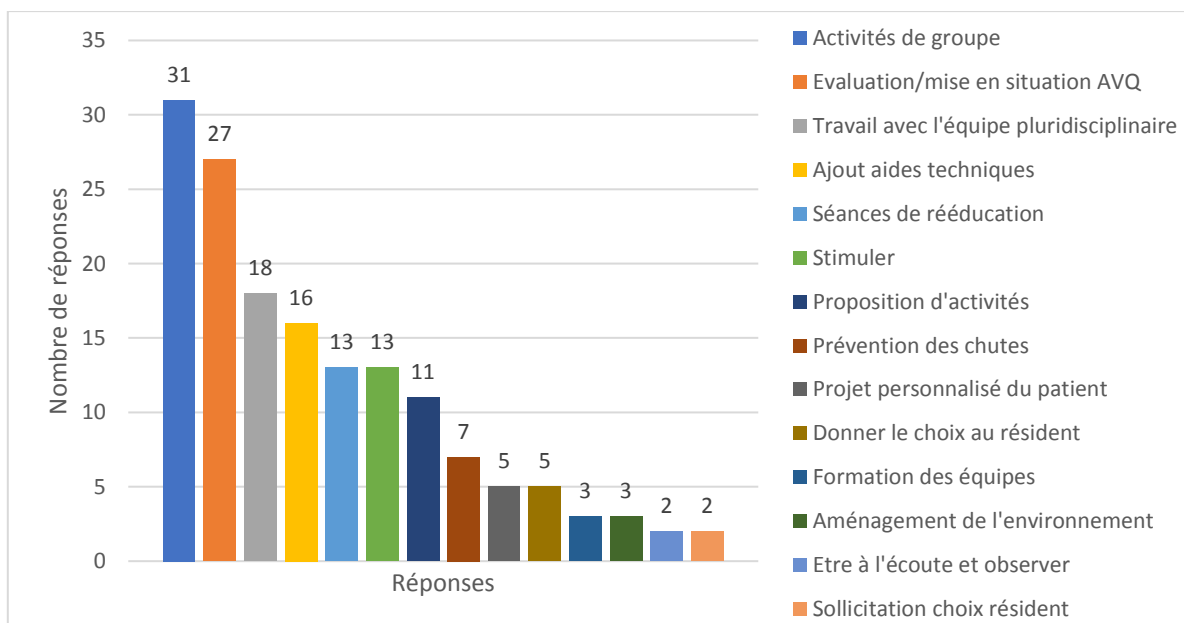


Figure 4 : Actions mises en place pour contribuer au maintien de l'autonomie des résidents.
AVQ = activités de la vie quotidienne

Cependant, nous pouvons constater qu'elles sont majoritairement analytiques et fonctionnelles, et peu ciblées sur l'autonomie. Ensuite, nous pouvons observer que les deux causes vues précédemment ressortent peu dans les réponses. En effet, la stimulation a été citée seulement treize fois parmi les cent cinquante-six réponses. De plus, il n'y a pas d'actions concrètes mises en place pour éviter le « faire à la place de » ou « choisir à la place de », excepté donner et solliciter le choix du résident, compenser les incapacités par des aides techniques et collaborer avec l'équipe pluridisciplinaire, ce qui représente quarante et une réponses au total. Ces chiffres sont donc minimes par rapport au nombre de réponses totales proposées par les ergothérapeutes.

Enfin, les ergothérapeutes rencontrent de nombreux freins à la mise en place d'actions contribuant au maintien de l'autonomie des résidents (figure 5).

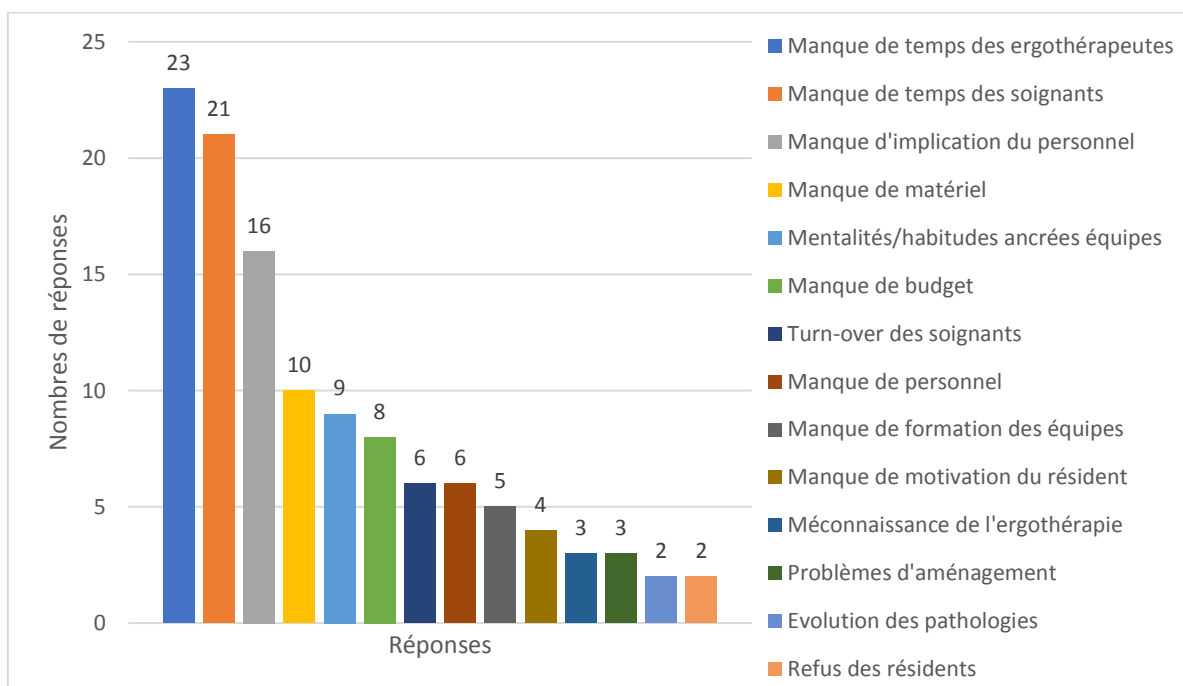


Figure 5 : Freins à la mise en place des actions des ergothérapeutes.

Le frein majeur aux actions mises en place par les ergothérapeutes, pour contribuer au maintien de l'autonomie des résidents, est le manque de temps des ergothérapeutes en EHPAD. En effet, peu d'entre eux révèlent être à temps complet, la majorité possédant uniquement un temps partiel ou moins. Ce manque de temps ne leur permet pas d'assurer une continuité optimale de leur accompagnement, de voir l'intégralité des résidents, de sensibiliser les équipes à l'autonomie et de mettre en place des actions concrètes contre la perte d'autonomie en général. Le manque de temps des soignants ressort également comme

un frein. Néanmoins, celui-ci n'est pas lié à un temps partiel mais plutôt à la charge de travail qu'ils ont au quotidien par rapport au temps qu'il leur ait accordé. Ensuite, la majorité des freins sont liés à l'équipe soignante. Nous pouvons remarquer que l'ergothérapeute a besoin de l'implication des soignants, notamment pour la continuité des actions mises en place et pour favoriser l'autonomie des résidents. C'est un travail qui doit se faire au quotidien, pour toutes les activités de la vie journalière et pour toutes les prises de décisions. C'est pourquoi l'ergothérapeute a besoin de la collaboration de l'ensemble de l'équipe soignante et des intervenants. Enfin, nous retrouvons également des freins liés à l'institution en elle-même tels que le manque de budget et le manque de matériel.

Pour conclure, cette enquête exploratoire a montré que l'intervention des ergothérapeutes en EHPAD est très diverse. L'autonomie est en effet l'objectif principal de prise en charge des ergothérapeutes et se révèle fortement intriquée avec l'indépendance de la personne. Nous pouvons remarquer que l'institution est un problème majeur que ce soit dans les causes de la perte d'autonomie ou au contraire pour mettre en place des actions de prévention. Cependant, lorsque nous analysons les actions mises en place par les ergothérapeutes, nous remarquons que ce sont principalement des actions centrées sur le faire, l'indépendance et non sur l'autonomie. Enfin, nous avons pu constater que la majorité des freins étaient dus à l'équipe soignante, ce qui suppose qu'une collaboration entre elle et l'ergothérapeute faciliterai le maintien de l'autonomie des résidents au quotidien. De plus, sachant que les soignants, qui interviennent majoritairement lors des activités de la vie quotidienne, sont les aides-soignants, la collaboration va être particulièrement importante avec ces professionnels.

1.3. Question de recherche

Le thème général de mon mémoire s'est avéré évident pour moi suite au projet collectif, mené en deuxième année, portant sur la perte d'autonomie en EHPAD. Ce projet a suscité de nombreux questionnements et un intérêt particulier pour ce sujet-là, qui m'a donc amené à le choisir pour mon mémoire.

Ensuite, l'enquête exploratoire, élaborée à partir des recherches sur le sujet, a fait ressortir deux grands axes importants. Premièrement, l'autonomie et l'indépendance sont ciblées sur les activités de la vie quotidienne, d'une part comme un objectif de

l'ergothérapeute et d'autre part comme une demande du résident. Deuxièmement, cette enquête a fait ressortir l'importance des soignants. En effet, s'il n'y a pas de collaboration entre eux et l'ergothérapeute, alors ils sont un frein à l'autonomie des résidents. Et cela concerne tout particulièrement les aides-soignants, car leur intervention cible principalement les activités de la vie quotidienne.

La réalisation de mon stage du semestre cinq est ensuite venue appuyer l'importance de ces deux axes. Celui-ci s'est déroulé au sein de deux services de soins de suite et de réadaptation dans un hôpital gériatrique. Mon intervention auprès de la population gériatrique m'a confirmé que les objectifs principaux de rééducation concernaient les activités de la vie quotidienne. De plus, j'ai vu l'intérêt de la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire pour obtenir des résultats dans la rééducation. J'ai davantage compris le rôle des aides-soignants et je me suis aperçue qu'ils étaient une ressource essentielle pour notre intervention. En effet, ils sont au cœur de la prise en charge des patients ce qui signifie que ce sont eux qui les connaissent le mieux.

C'est à la suite de ce cheminement que ma question de recherche a émergé :

Quelle est l'importance de la collaboration entre l'ergothérapeute et les aides-soignants, en ce qui concerne l'autonomie lors des activités de la vie quotidienne, afin de prévenir le risque de grabatisation en EHPAD ?

1.4. Cadre éthique

Ce mémoire d'initiation à la recherche est soumis à diverses règles afin de garantir un cadre éthique. Tout d'abord, il a été soumis à une évaluation du comité d'éthique de l'université Clermont-Auvergne. Cependant, aucune réponse n'a été rendue à ce jour. De plus, ce travail respecte les règles imposées par l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne. Un formulaire d'information et de non-opposition a été diffusé aux professionnels avant leur participation à l'étude. Ensuite, les données recueillies par la recherche resteront anonymes et confidentielles. Enfin, aucune collecte de données n'a été effectuée à partir des questionnaires.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Choix de la population

L'objectif de cette recherche étant de mettre en avant une possible collaboration entre les ergothérapeutes et les aides-soignants, ces deux professionnels ont été questionnés. En effet, des ergothérapeutes et des aides-soignants diplômés d'état et travaillant en EHPAD ont été contactés. Ces professionnels devaient avoir une expérience en EHPAD depuis au minimum un an, afin de s'assurer de leur intégration dans leur structure. De plus, ces professionnels devaient être simultanément dans la même structure. C'est-à-dire que les aides-soignants interrogés devaient travailler dans une structure ayant un/des ergothérapeute(s), et réciproquement. La diffusion du questionnaire a été faite par mail en utilisant le réseau de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) pour les ergothérapeutes et celui de la Fédération Nationale des Associations d'Aides-Soignants (FNAAS) pour les aides-soignants. Un mail de présentation leur a été envoyé avec la demande de diffusion (Annexe II). Ensuite, s'ils acceptaient la demande, le mail de diffusion pour les professionnels était déjà prêt à la suite du mail initial, afin qu'ils puissent le transférer à leur réseau. Celui-ci présentait la recherche, les critères d'inclusion ainsi que le lien du questionnaire. De plus, un formulaire de non-opposition, destiné aux professionnels participants, était présent en pièce jointe.

2.2. Choix de l'outil

L'objectif de l'outil pour cette recherche est de recueillir le point de vue des professionnels et leur pratique de terrain autour du thème du maintien de l'autonomie et de la collaboration entre ergothérapeutes et aides-soignants. Pour cela, le questionnaire a été utilisé, permettant une analyse quantitative et qualitative des réponses obtenues. De plus, cet outil est rapide à compléter et est peu contraignant pour les professionnels. Sa capacité de diffusion permet également de recueillir un grand nombre de réponses, ce qui permet à l'étude de gagner en fiabilité.

Deux questionnaires ont alors été réalisés sur Google Form[®], l'un étant destiné aux ergothérapeutes (Annexe III) et l'autre aux aides-soignants (Annexe IV). La réalisation de deux questionnaires distincts permet de spécifier les questions en fonction de la profession, même si la trame reste sensiblement identique. Le questionnaire destiné aux aides-soignants

comporte dix-huit questions fixes et huit questions additionnelles, qui apparaissent en fonction de la réponse à la question précédente. Le questionnaire destiné aux ergothérapeutes comporte lui quinze questions fixes et huit questions additionnelles. Pour les deux questionnaires, les questions fixes sont soit à choix multiples soit à choix binaire (OUI/NON) et quatre des questions additionnelles sont à choix multiples et les quatre autres sont à réponse ouverte.

2.3. Mode d'analyse des données

La méthode d'analyse des données utilisée pour cette étude est une méthode quantitative permettant de mettre en évidence l'opinion générale des professionnels et la pratique de terrain la plus utilisée. Pour cela, un traitement statistique des données sera effectué. Cependant, pour les quatre questions ouvertes, la méthode d'analyse utilisée sera qualitative afin de faire émerger les grands thèmes des réponses en analysant les verbatims.

3. Analyse des données et principaux résultats

L'analyse transversale a été choisie pour traiter les données relatives aux questionnaires. Cette méthode permet d'analyser de façon générale les données en les regroupant entre elles. Au vu du nombre important de réponses obtenues, cette méthode semblait la plus judicieuse pour faire ressortir les principaux éléments de réponses.

La majorité des questions posées dans les questionnaires étant à choix multiples, le total des pourcentages des réponses à ces questions peuvent être supérieur à 100%. Il faut donc prendre les résultats des réponses indépendamment les uns des autres.

3.1. Analyse transversale du questionnaire destiné aux ergothérapeutes

49 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire diffusé.

3.1.1. Analyse des questions relatives à l'expérience professionnelle, au temps de travail des ergothérapeutes en EHPAD et à l'intervention des aides-soignants

35% des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire travaillent depuis plus de 10 ans en EHPAD, 25% depuis 5 à 10 ans, 25% depuis 1 à 2 ans et 16% depuis 3 à 5 ans. On

peut donc conclure que 60% des ergothérapeutes possèdent une expérience de plus de 5 ans en EHPAD, correspondant au 6^{ème} décile.

51% des ergothérapeutes ont un temps partiel de 50% ou plus dans leur structure, 37% ont un temps partiel inférieur à 50% et 12% sont à temps plein dans leur structure.

Selon les ergothérapeutes interrogés, l'intervention des aides-soignants en EHPAD (figure 6) est à 98% d'aider les résidents lors des activités de la vie quotidienne, 94% de travailler en équipe pluridisciplinaire, 90% de veiller à l'état de santé physique et moral des résidents, 88% de servir les repas, collations, petit-déjeuner, 82% d'accompagner les résidents lors des déplacements et 12% des ergothérapeutes ont répondu un autre type d'intervention, tel que les activités occupationnelles.

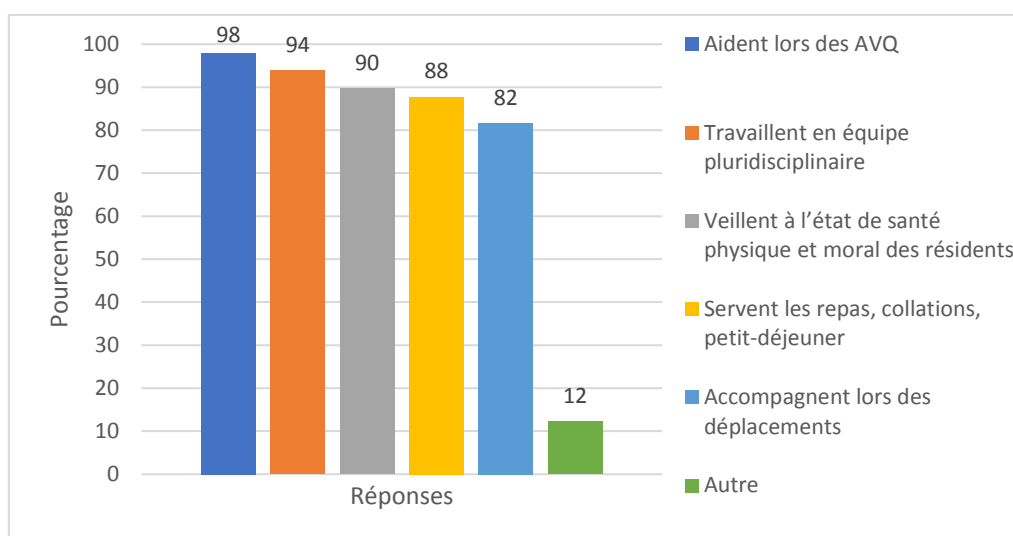


Figure 6 : Intervention des aides-soignants en EHPAD d'après les ergothérapeutes. AVQ = activités de la vie quotidienne

3.1.2. Analyse des questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance

98% des ergothérapeutes disent qu'il existe une différence entre l'autonomie et l'indépendance. Lorsqu'un choix entre deux définitions leur a été demandé, 96% répondent que l'autonomie est la « Liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci » (CCTE, 2013) et 4% que c'est le « Fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante » (CCTE, 2013). De même pour la définition de l'indépendance, 96% ont répondu « Fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante » (CCTE, 2013) et 4% que c'est la « Liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en

fonction de ceux-ci » (CCTE, 2013). Enfin, 2% des ergothérapeutes pensent qu'il n'y a pas de différence entre ces deux termes.

92% des ergothérapeutes disent que, dans leur service, les résidents sont en demande d'autonomie et 8% disent le contraire. Les domaines concernés par cette demande d'autonomie (figure 7) sont à 71% les activités de loisirs, 63% les déplacements, 51% l'habillement, 47% les repas, 35% la toilette, 29% les transferts et 27% concernent les soins médicaux, tels que la prise de traitement, la surveillance de la glycémie ou encore les auto-sondages.

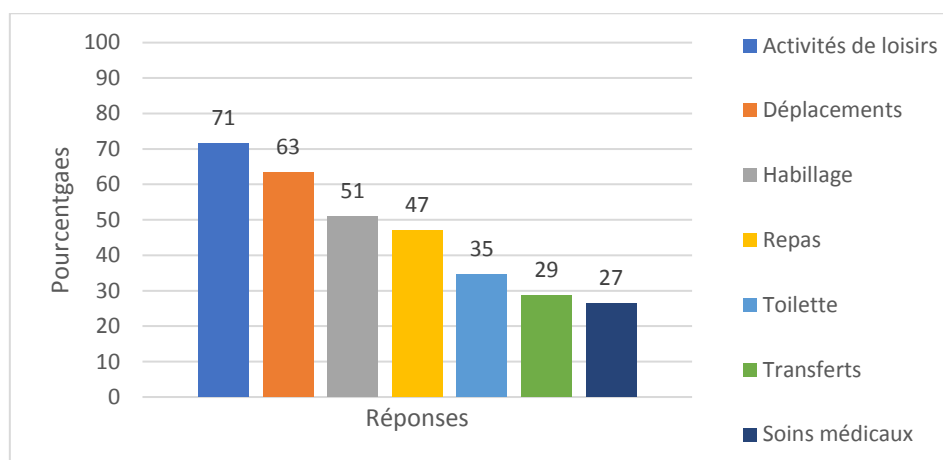


Figure 7 : Domaines concernés par la demande d'autonomie des résidents, selon les ergothérapeutes.

94% des ergothérapeutes disent que, dans leur service, les résidents sont en demande d'indépendance et 6% disent le contraire. Les domaines concernés par cette demande d'indépendance (figure 8) sont à 78% les déplacements, 57% le repas, 53% la toilette, 49% les transferts, 41% les activités de loisirs, 37% l'habillement et 14% concernent les soins médicaux.

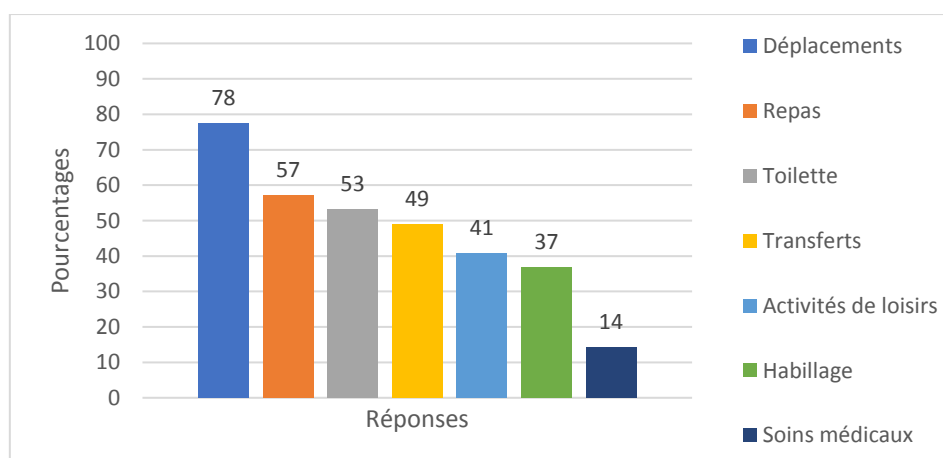


Figure 8 : Domaines concernés par la demande d'indépendance des résidents, selon les ergothérapeutes.

3.1.3. Analyse de la question relative aux activités de la vie quotidienne

Les interventions des ergothérapeutes, pour les actes de la vie quotidienne (figure 9), sont à 84% des mises en situation écologique, 65% des bilans, 63% des séances de réadaptation, 47% l'ajout d'aides techniques et 6% des ergothérapeutes disent intervenir autrement comme pour l'aménagement de l'environnement, ou pour la collaboration avec les aidants.

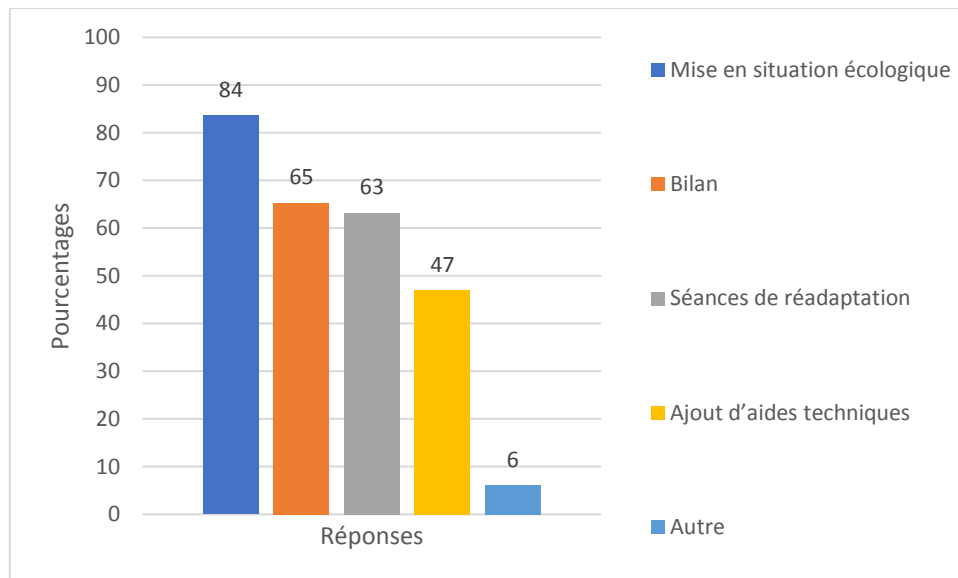


Figure 9 : Intervention des ergothérapeutes pour les actes de la vie quotidienne.

3.1.4. Analyse des questions relatives à la grabatisation

Au sujet de la définition de la grabatisation, 96% des ergothérapeutes ont répondu « La perte des fonctions motrices et cognitives conduisant à un alitement », 4% « La perte des fonctions motrices conduisant à un alitement » et aucun n'ont répondu « La perte des fonctions cognitives conduisant à un alitement ».

Selon les ergothérapeutes interrogés, les causes liées à l'institution favorisant le risque de grabatisation des résidents en EHPAD (figure 10) sont à 88% le manque de moyens humains (personnel soignant), 82% le manque de formation du personnel, 57% la communication peu ou pas efficace, 47% le manque de moyens matériels, 47% l'environnement inadapté, 39% le manque de temps de travail, 31% le manque de moyens financiers et 12% expriment une autre cause, telle que le personnel soignant démotivé ou épuisé et la non-acceptation de l'institutionnalisation des résidents.

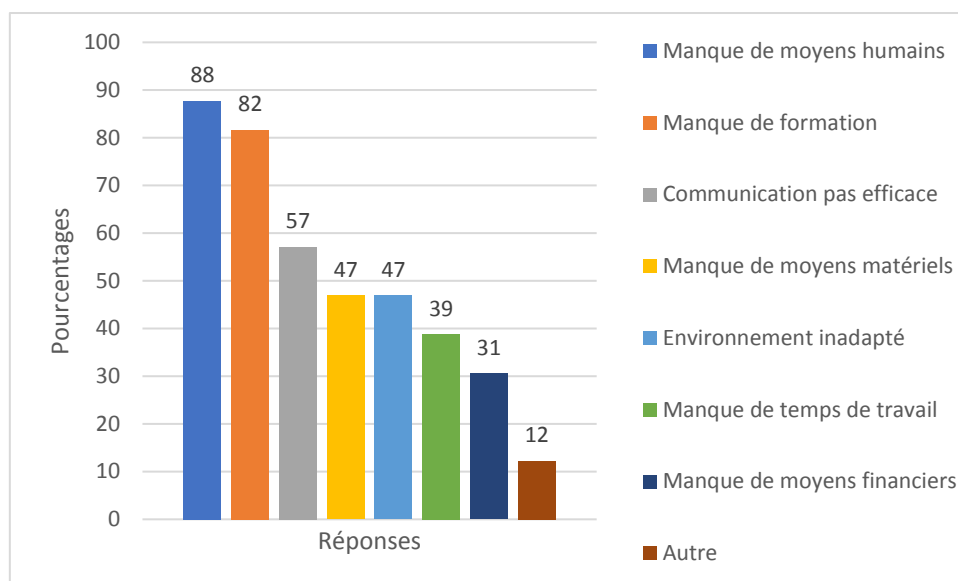


Figure 10 : Causes liées à l'institution favorisant le risque de grabatisation des résidents en EHPAD, selon les ergothérapeutes.

80% des ergothérapeutes pensent qu'une personne grabataire peut encore gagner en indépendance/autonomie contrairement à 20% des ergothérapeutes qui pensent que ce n'est pas possible.

90% des ergothérapeutes pensent pouvoir contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents, contre 10% qui pensent ne pas pouvoir. La méthode utilisée a été demandée dans une question complémentaire. L'analyse des verbatims (Annexe V) a permis de mettre en lumière 12 méthodes proposées par les professionnels. Celles-ci sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Méthodes	Nombre de réponses
Stimulations	19
PEC adaptée	11
Matériel adapté	7
Formation des équipes	6
Travail en équipe pluridisciplinaire	5
Augmentation du temps de travail ergo	3
Activités signifiantes	3
Séances de réadaptation	3
Accompagnement régulier	2

Aides à la communication	2
Adaptations environnement	2
Installation/positionnement	2

Tableau II : Analyse des méthodes proposées par les ergothérapeutes pour contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents

3.1.5. Analyse des questions relatives à la collaboration

100% des ergothérapeutes travaillent en collaboration avec les aides-soignants dans leur structure. Ce type de collaboration a ensuite été précisé dans une question complémentaire (figure 11) : 100% des ergothérapeutes collaborent pour le partage d'informations concernant un/des résident(s), 98% pour le positionnement, 96% pour donner des informations concernant l'utilisation du matériel, 96% pour la prévention des escarres, 82% pour l'aménagement de l'environnement, 80% pour la recherche d'aide technique pour le résident, 65% pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et enfin 24% des ergothérapeutes ont répondu un autre type de collaboration, tel que la coanimation d'atelier ou la prévention des chutes.

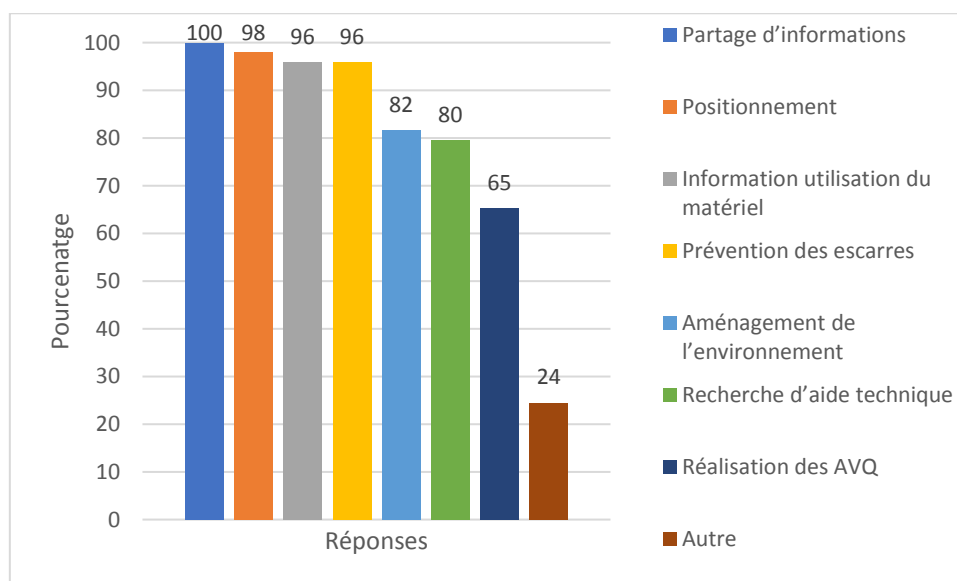


Figure 11 : Type de collaboration entre ergothérapeutes et aides-soignants. AVQ = activités de la vie quotidienne

74% des ergothérapeutes interrogés pensent qu'une collaboration avec les aides-soignants pourrait être utile pour d'autres actes de la vie quotidienne que la toilette, l'habillage et les transferts. Au contraire, 27% pensent que cette collaboration n'est pas utile. Les ergothérapeutes ayant répondu « oui » ont précisé leur réponse dans une question

complémentaire. Grâce à l'analyse des verbatims (Annexe VI), 9 thèmes principaux ont pu être extraits. La répétition des thèmes exprimés est présentée dans le tableau ci-dessous.

Thèmes	Nombre de répétitions
Loisirs	15
Toutes les AVQ	5
AVQ signifiantes	5
Déplacements	4
Repas	4
Relation sociale	3
Sortie extérieure	3
Communication	2
Positionnement	2

Tableau III : Analyse des thèmes proposées par les ergothérapeutes pour une collaboration avec les aides-soignants lors des activités de la vie quotidienne

64% des ergothérapeutes ont un exemple ou un projet de collaboration avec les aides-soignants et l'ont explicité dans une question complémentaire. En revanche, 37% n'ont pas d'exemple ou de projet de collaboration avec les aides-soignants. Une nouvelle fois, l'analyse des verbatims (Annexe VII) a permis de faire ressortir les 11 idées générales des professionnels. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Idées générales	Nombre de répétitions
Installation/positionnement	10
Bilan capacités	7
Transmission d'informations pour permettre suivi de la PEC	3
Activités loisirs proposées par la structure	3
Aide technique	3
Formation	3
Transferts	2
Prévention escarres	2

Collaboration quotidienne dans l'application d'une méthode spécifique	2
Aménagement/adaptation environnement	2
Gestion matériel	2

Tableau IV : Analyse des idées générales proposées par les ergothérapeutes au sujet d'un exemple ou d'un projet de collaboration avec les aides-soignants

84% des ergothérapeutes pensent qu'une collaboration avec les aides-soignants pourrait permettre la sortie de grabatisation de certains résidents contre 16% qui pensent le contraire. La technique utilisée a été demandée dans une question complémentaire. L'analyse des verbatims (Annexe VIII) a permis de faire ressortir 9 techniques proposées par les professionnels. Celles-ci sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Techniques	Nombre de répétitions
Formation	8
Stimulations	7
Continuité de la PEC ergo au quotidien	7
Communication	6
Concertation en équipe pour PEC adaptée	6
Transmission d'informations	6
Collaboration durant les AVQ	4
Matériel adapté	2
PEC adaptée	2

Tableau V : Analyse des techniques proposées par les ergothérapeutes concernant une collaboration avec les aides-soignants pour permettre la sortie de grabatisation de certains résidents

3.2. Analyse transversale du questionnaire destiné aux aides-soignants

8 aides-soignants ont répondu au questionnaire diffusé.

3.2.1. Analyse des questions relatives à l'expérience professionnelle des aides-soignants en EHPAD et à l'intervention des ergothérapeutes

50% des aides-soignants ayant répondu au questionnaire travaillent depuis plus de 15 ans en EHPAD, 25% depuis 10 à 15 ans, 25% depuis 1 à 2 ans et 0% depuis 3 à 5 ans et 5 à 10 ans.

Selon les aides-soignants interrogés, l'intervention des ergothérapeutes en EHPAD (figure 12) est à 88% de préconiser des aides techniques, 75% d'agir pour la prévention des chutes, 75% de réaliser des bilans, 63% de régler les fauteuils roulants, 50% d'aménager l'environnement des résidents, 38% de renforcer/stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne, 38 % de positionner/installer le résident au fauteuil et/ou au lit, 25% d'agir pour la prévention et le traitement des escarres, 13% de proposer des séances de rééducation, 13% de faire des activités occupationnelles et 13% de renforcer/stimuler les capacités cognitives des résidents.

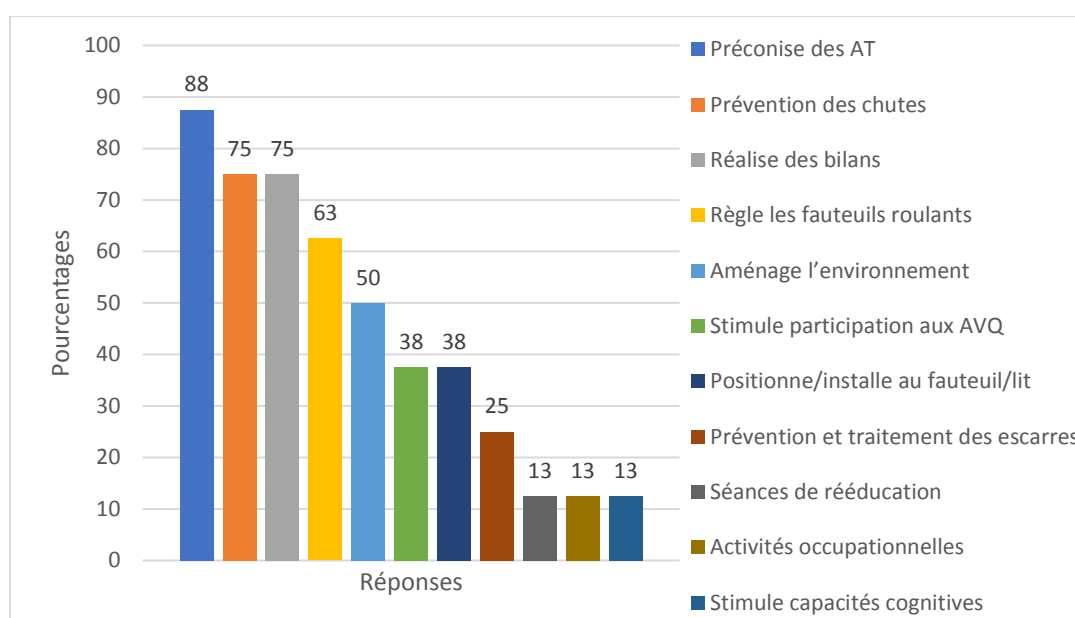


Figure 12 : Intervention des ergothérapeutes en EHPAD d'après les aides-soignants.
AT = aides techniques, AVQ = activités de la vie quotidienne

3.2.2. Analyse des questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance

88% des aides-soignants disent qu'il existe une différence entre l'autonomie et l'indépendance. Lorsqu'un choix entre deux définitions leur a été demandé, 100% répondent que l'autonomie est la « Capacité de faire seul » et 100% répondent que l'indépendance est la « Capacité de décider pour soi-même ». Enfin, 13% des aides-soignants pensent qu'il n'y a pas de différence entre ces deux termes.

75% des aides-soignants disent que, dans leur service, les résidents sont en demande d'autonomie et 25% disent le contraire. Les domaines concernés par cette demande d'autonomie (figure 13) sont à 75% les activités de loisirs, 38% l'habillement, 38% les repas, 25% la toilette, 25% les transferts, 13% les déplacements et 13% concernent les soins médicaux, tels que la prise de traitement, la surveillance de la glycémie ou encore les auto-sondages.

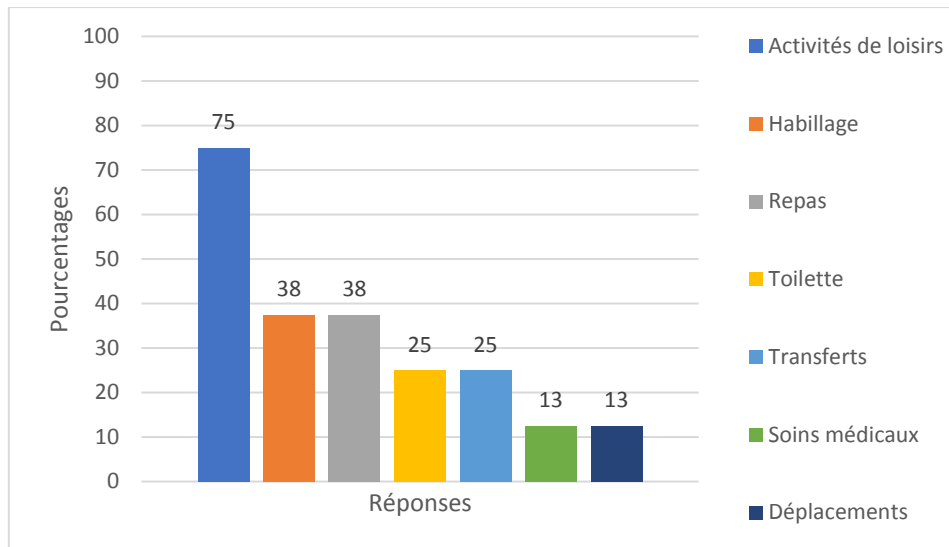


Figure 13 : Domaines concernés par la demande d'autonomie des résidents, selon les aides-soignants

75% des aides-soignants disent que, dans leur service, les résidents sont en demande d'indépendance et 25% disent le contraire. Les domaines concernés par cette demande d'indépendance (figure 14) sont à 50% la toilette, 50% l'habillement, 38% les activités de loisirs, 25% les déplacements, 25% le repas, 13% les transferts, et 13% concernent les soins médicaux.

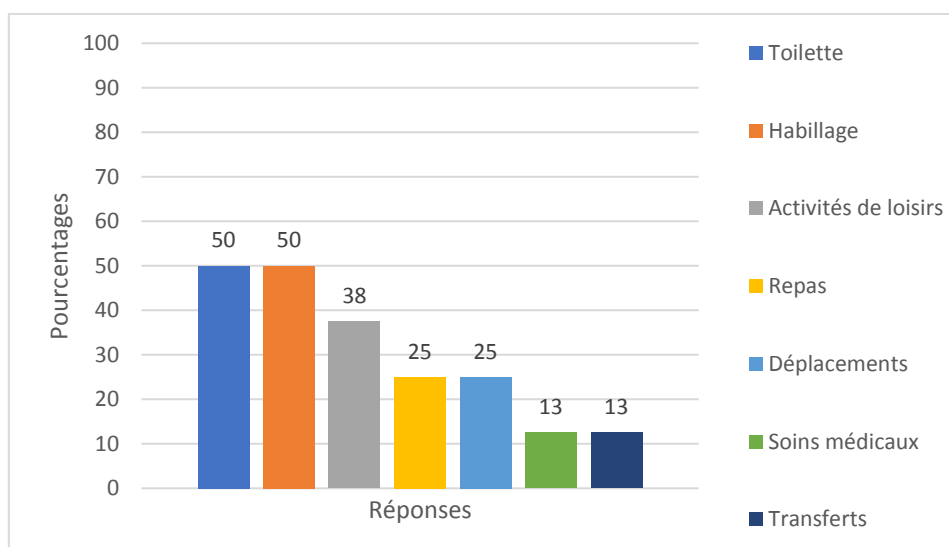


Figure 14 : Domaines concernés par la demande d'indépendance des résidents, selon les aides-soignants.

3.2.3. Analyse des questions relatives aux activités de la vie quotidienne

Concernant l'intervention des aides-soignants lors de la toilette (figure 15), 63% guident le résident, 63% laissent faire le résident et interviennent sur demande, 50% réalisent l'activité entièrement, 38% laissent le résident commencer et 25% commencent l'activité.

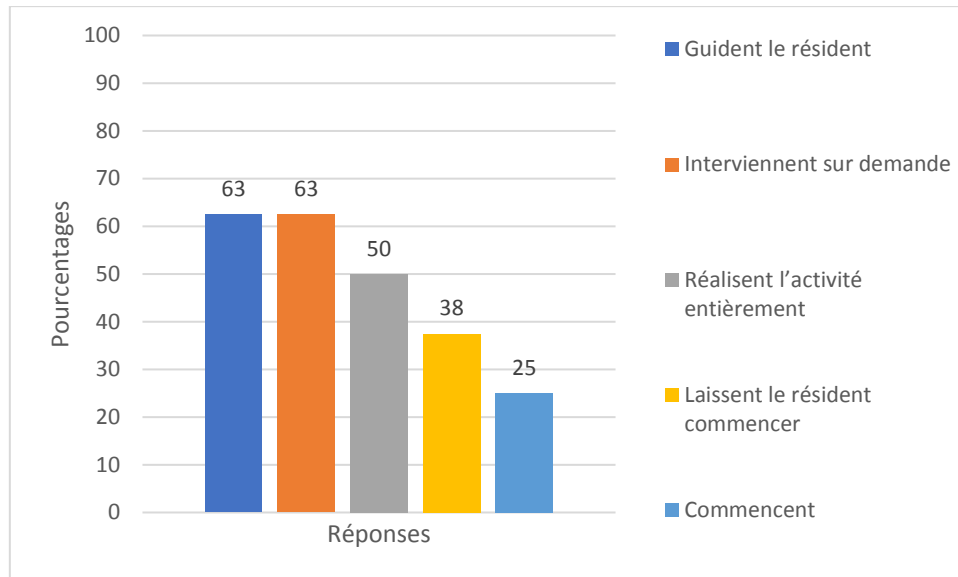


Figure 15 : Intervention des aides-soignants lors de la toilette.

Lors de l'habillage (figure 16), 88% des aides-soignants font choisir les vêtements au résident, 63% laissent le résident s'habiller et interviennent sur demande, 38% choisissent les vêtements, 13% réalisent l'activité entièrement.

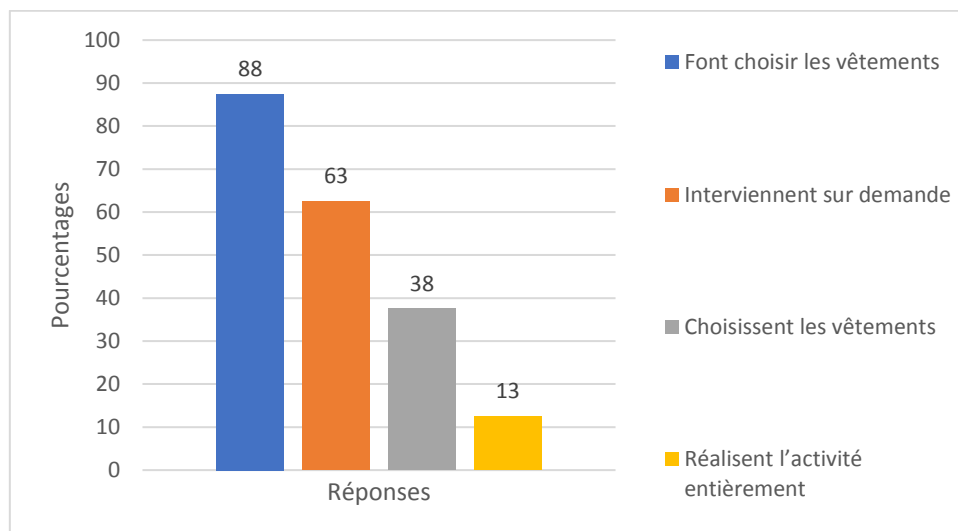


Figure 16 : Intervention des aides-soignants lors de l'habillage.

Au sujet des transferts du résident, 75% des aides-soignants font participer le résident lors de ses transferts et 25% font les transferts seuls.

Lorsque cela est possible, les aides-soignants font participer le résident à 88% pour le passage du lit au fauteuil, 88% pour le passage du fauteuil au lit, 88% pour le passage aux WC, 88% pour le retournement dans le lit, 88% pour le passage de la position couchée à la position assise, 75% pour le rehaussement au lit, 63% pour le passage de la position assise à la position couchée et 25% ont répondu qu'ils s'adaptaient au résident lorsqu'ils sont déments (figure 17).

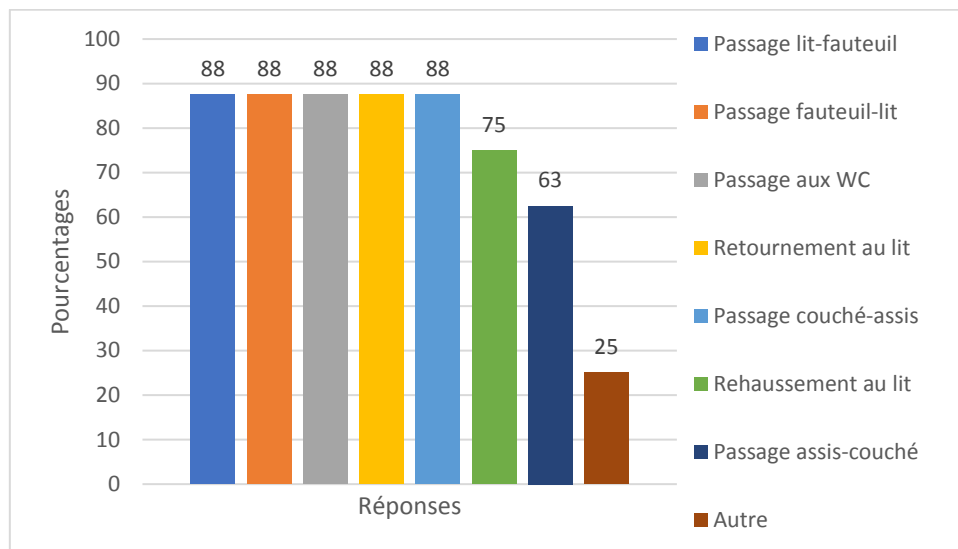


Figure 17 : Participation des résidents lors des transferts.

D'après les aides-soignants, les raisons pour lesquelles ils ne peuvent pas faire participer le résident lors des transferts (figure 18) sont à 100% dues aux incapacités fonctionnelles du résident, 63% au manque d'envie de la part du résident, 25% au manque de matériel, 13% au manque de temps et aucun aides-soignants ont répondu le manque de soignant.

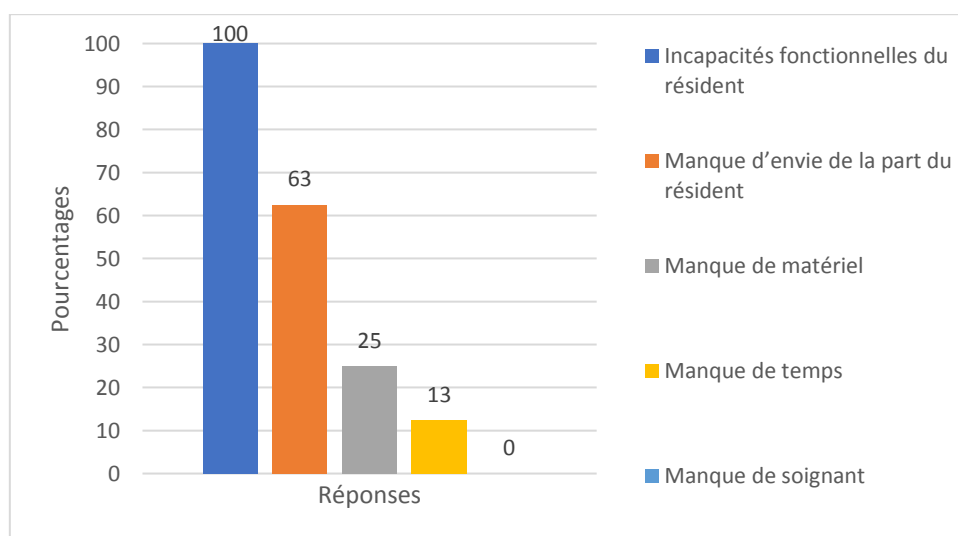


Figure 18 : Causes liées à la non-participation du résident lors des transferts.

3.2.4. Analyse des questions relatives à la grabatisation

Au sujet de la définition de la grabatisation, 63% des aides-soignants ont répondu « La perte des fonctions motrices et cognitives conduisant à un alitement », 38% « La perte des fonctions motrices conduisant à un alitement » et aucun n'ont répondu « La perte des fonctions cognitives conduisant à un alitement ».

Selon les aides-soignants interrogés, les causes liées à l'institution favorisant le risque de grabatisation des résidents en EHPAD (figure 19) sont à 88% le manque de moyens humains (personnel soignant), 63% le manque de formation du personnel, 50% la communication peu ou pas efficace, 50% le manque de temps de travail, 13% le manque de moyens matériels, 13% l'environnement inadapté, 13% le manque de moyens financiers et 13% expriment une autre cause, telle que la perte de l'élan vital du résident, lié au changement du lieu de vie.

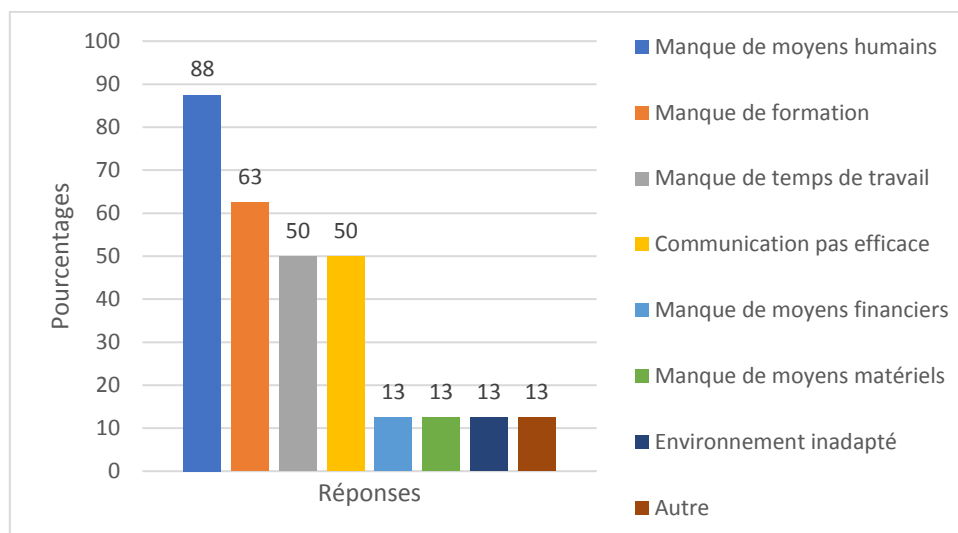


Figure 19 : Causes liées à l'institution favorisant le risque de grabatisation des résidents en EHPAD, selon les aides-soignants.

75% des aides-soignants pensent qu'une personne grabataire peut encore gagner en indépendance/autonomie contrairement à 25% des aides-soignants qui pensent que ce n'est pas possible.

88% des aides-soignants pensent pouvoir contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents, contre 13% qui pensent ne pas pouvoir. La méthode utilisée a été demandée dans une question complémentaire. L'analyse des verbatims (Annexe IX) a permis de mettre en lumière 3 méthodes proposées par les professionnels. Celles-ci sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Méthodes	Nombre de répétitions
Formation	3
Travail en équipe pluridisciplinaire	3
Collaboration avec le résident	3

Tableau VI : Analyse des méthodes proposées par les aides-soignants pour contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents

3.2.5. Analyse des questions relatives à la collaboration

75% des aides-soignants travaillent en collaboration avec les ergothérapeutes dans leur structure et au contraire, 25% ne collaborent pas avec les ergothérapeutes. Le type de collaboration a ensuite été précisé dans une question complémentaire (figure 20) : 63% des aides-soignants collaborent pour le partage d'informations concernant un/des résident(s), 63% pour donner des informations concernant l'utilisation du matériel, 63% pour la recherche d'aide technique pour le résident, 50% pour le positionnement, 38% pour l'aménagement de l'environnement, 25% pour la prévention des escarres et enfin 13% pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. Pour les 2 aides-soignants ayant indiqué ne pas collaborer avec les ergothérapeutes dans leur structure, une question complémentaire leur a été posé sur l'existence d'une collaboration avec un ergothérapeute dans leur pratique en général : 100% ont répondu « non ».

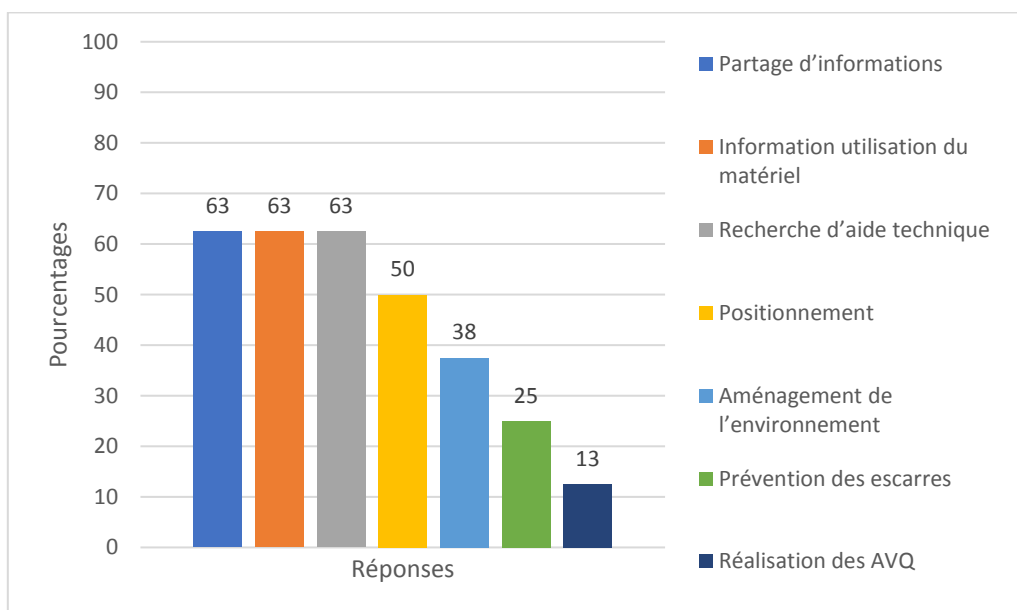


Figure 20 : Type de collaboration entre aides-soignants et ergothérapeutes. AVQ = activités de la vie quotidienne

88% des aides-soignants interrogés pensent qu'une collaboration avec les ergothérapeutes pourrait être utile pour d'autres actes de la vie quotidienne que la toilette, l'habillage et les transferts. Au contraire, 13% pensent que cette collaboration n'est pas utile. Les aides-soignants ayant répondu « oui » ont précisé leur réponse dans une question complémentaire. Grâce à l'analyse des verbatims (Annexe X), 8 thèmes principaux ont pu être extraits. La répétition des thèmes exprimés est présentée dans le tableau ci-dessous.

Thèmes	Nombre de répétitions
Repas	2
Activités manuelles et d'expression	1
Prévention des chutes	1
Choix et utilisation du matériel	1
Manutention	1
Aménagement environnement	1
Achat matériel	1
Formation	1

Tableau VII : Analyse des thèmes proposées par les aides-soignants pour une collaboration avec les ergothérapeutes lors des activités de la vie quotidienne

38% des aides-soignants ont un exemple ou un projet de collaboration avec les ergothérapeutes et l'ont explicité dans une question complémentaire. En revanche, 63% n'ont pas d'exemple ou de projet de collaboration avec les ergothérapeutes. Une nouvelle fois, l'analyse des verbatims (Annexe XI) a permis de faire ressortir les 2 idées générales des professionnels. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Idées générales	Nombre de répétitions
Installation	1
Transmission d'informations	1

Tableau VIII : Analyse des idées générales proposées par les aides-soignants au sujet d'un exemple ou d'un projet de collaboration avec les ergothérapeutes

75% des aides-soignants pensent qu'une collaboration avec les ergothérapeutes pourrait permettre la sortie de grabatisation de certains résidents, contre 25% qui pensent le contraire. La technique utilisée a été demandée dans une question complémentaire. L'analyse

des verbatims (Annexe XII) a permis de faire ressortir 4 techniques proposées par les professionnels. Celles-ci sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Techniques	Nombre de répétitions
Augmentation du temps de travail ergo	2
Transmission d'informations	2
Collaboration durant les AVQ	1
Ateliers	1

Tableau IX : Analyse des techniques proposées par les aides-soignants concernant une collaboration avec les ergothérapeutes pour permettre la sortie de grabatisation de certains résidents

3.3. Analyse transversale des deux questionnaires

L'analyse transversale entre les deux questionnaires concernera uniquement les questions identiques, c'est-à-dire 12 questions.

3.3.1. Analyse des questions relatives à l'expérience professionnelle en EHPAD

La majorité des aides-soignants ont une expérience en EHPAD de plus de 15 ans et les ergothérapeutes de plus de 10 ans. Pour les deux professions, les faibles années d'expériences sont en minorité.

3.3.2. Analyse des questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance

98% des ergothérapeutes et 88% des aides-soignants disent qu'il existe une différence entre l'autonomie et l'indépendance. La majorité des professionnels est donc d'accord à ce sujet. Cependant, 100% des aides-soignants ont inversé la définition des deux termes contre 4% des ergothérapeutes.

La majorité des professionnels, 75% des aides-soignants et 92% des ergothérapeutes, expriment avoir des résidents en demande d'autonomie dans leurs services. Les domaines concernés en priorité sont les activités de loisirs, l'habillement et les repas. En revanche, les soins médicaux apparaissent en minorité.

75% des aides-soignants et 94% des ergothérapeutes révèlent avoir des résidents en demande d'indépendance dans leurs services. Cependant, les professionnels ne sont pas d'accord au sujet des domaines concernés : les aides-soignants expriment en majorité la

toilette et l'habillage alors que les ergothérapeutes font ressortir les déplacements. En revanche, les soins médicaux apparaissent une nouvelle fois en minorité pour les deux professions.

3.3.3. Analyse des questions relatives à la grabatisation

63% des aides-soignants et 96% des ergothérapeutes ont répondu : « La perte des fonctions motrices et cognitives conduisant à un alitement » pour la définition de la grabatisation.

En majorité, les causes liées à l'institution et favorisant le risque de grabatisation sont le manque de moyens humain, le manque de formation du personnel et les problèmes de communication.

75% des aides-soignants et 80% des ergothérapeutes pensent qu'une personne grabataire peut encore gagner en indépendance et/ou en autonomie.

88% des aides-soignants et 90% des ergothérapeutes pensent pouvoir contribuer à la sortie de grabatisation des résidents grâce à la formation des équipes et au travail en équipe pluridisciplinaire.

3.3.4. Analyse des questions relatives à la collaboration

La majorité des professionnels disent collaborer entre eux dans leur structure : 100% pour les ergothérapeutes et 75% pour les aides-soignants. Après précision du type de collaboration, la majorité des professionnels s'accordent à dire qu'elle est mise en place pour le partage d'informations concernant les résidents et l'information concernant l'utilisation du matériel. Par ailleurs, la collaboration lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne arrive en dernière place pour les deux professions : 13% pour les aides-soignants et 65% pour les ergothérapeutes.

88% des aides-soignants et 73% des ergothérapeutes pensent qu'une collaboration entre eux pourrait être utile pour d'autres actes de la vie quotidienne que la toilette, l'habillage et les transferts. L'activité commune proposée par les professionnels est le repas. Autrement, ils ont des idées différentes. Les ergothérapeutes proposent de s'axer sur les loisirs et les activités de la vie quotidienne alors que les aides-soignants proposent des activités manuelles et d'expression.

38% des aides-soignants et 63% des ergothérapeutes ont un exemple concret de collaboration ou de projet de collaboration entre eux, tel que l'installation/positionnement et la transmission d'informations.

75% des aides-soignants et 84% des ergothérapeutes pensent qu'une collaboration entre eux pourrait permettre la sortie de grabatisation de certains résidents. Les propositions de collaboration sont axées sur la transmission d'informations et la collaboration durant les activités de la vie quotidienne.

4. Discussion

4.1. Analyse et discussion des résultats au regard de la littérature

4.1.1. Discussion des résultats obtenus concernant l'expérience professionnelle en EHPAD

La majorité des aides-soignants ont une expérience en EHPAD de plus de 15 ans et les ergothérapeutes de plus de 10 ans. Pour les deux professions, les faibles années d'expériences sont en minorité. Concernant les aides-soignants, ces données ne sont pas représentatives de la littérature. En effet, selon l'INSEE et la DREES, il y a un turn-over élevé du personnel soignant en EHPAD et particulièrement des aides-soignants. Le renouvellement du personnel est fréquent dans ces structures avec 15 % du personnel ayant moins d'un an d'ancienneté. De plus, 16 % de ces EHPAD ont des postes non pourvus. Concernant les ergothérapeutes, aucune donnée n'a pu être tirée de la littérature. Nous utiliserons donc les données de l'enquête exploratoire comme moyen de comparaison. Il en ressort une nette différence puisque dans l'enquête exploratoire 35% des ergothérapeutes interrogés avaient entre 1 et 2 ans d'expérience et lors de cette recherche 35% des ergothérapeutes ont plus de 10 ans d'expérience. L'opposition de ces résultats peut s'expliquer par le moyen de diffusion utilisé. En effet, l'enquête exploratoire a été diffusée sur les réseaux sociaux, utilisés en majorité par les jeunes, alors que la présente recherche a été diffusée par mails grâce au réseau de l'ANFE.

4.1.2. Discussion des résultats obtenus concernant l'intervention de chaque professionnel

Dans chacun des questionnaires, une question était posée concernant l'intervention des professionnels dans la structure. Les différents choix de réponses proposés étaient tous exacts et tirés des référentiels de compétences de chacun des professionnels. On a alors pu remarquer que les ergothérapeutes sont, dans l'ensemble, au clair sur l'intervention des aides-soignants dans une structure. En revanche, les réponses des aides-soignants ont été beaucoup plus diverses et ont mis en avant des éléments contrairement à d'autres. On peut donc se questionner sur la compréhension du rôle de l'ergothérapeute par les autres professionnels dans les structures. Est-il bien compris ? Ou cela vient-il de la non mise en pratique de l'ensemble des compétences de l'ergothérapeute ?

4.1.3. Discussion des résultats obtenus concernant l'autonomie et l'indépendance

La majorité des professionnels (98% des ergothérapeutes et 88% des aides-soignants) s'accordent à dire qu'il existe une différence entre l'autonomie et l'indépendance. Cependant, 100% des aides-soignants ont inversé la définition des deux termes contre 4% des ergothérapeutes. Cela s'explique par la différence entre les deux professions. En effet, nous avons vu dans la partie théorique que, dans le domaine de l'ergothérapie, une distinction importante est faite entre l'autonomie et l'indépendance par de nombreux écrits et définitions. Cela reflète la spécialisation de l'ergothérapeute dans l'autonomie et l'indépendance qui sont son domaine de compétence, notamment en gériatrie (AFEG, 2012). En revanche, il n'y a pas d'écrit à ce sujet dans la littérature pour les aides-soignants. Ces deux professions n'accordent donc pas la même importance aux termes utilisés et les aides-soignants ne font pas de distinction entre eux.

Ensuite, dans la majorité des réponses, la demande d'autonomie et d'indépendance des résidents, dans les activités de la vie quotidienne, est importante. Les domaines concernés en priorité sont la toilette, l'habillement, les déplacements et les repas. Nous pouvons donc constater qu'il y a bien une demande de la part des résidents.

4.1.4. Discussion des résultats obtenus concernant les activités de la vie quotidienne

Dans cette sous-partie, les résultats ne seront pas comparés à la littérature puisque l'objectif était de recenser la pratique des professionnels participants.

Les interventions des ergothérapeutes lors des actes de la vie quotidienne sont en grande majorité des mises en situation écologique. Ils mettent donc la personne en action dans ses activités significatives. On retrouve ici le propre de l'ergothérapie qui est la rééducation par l'activité.

Concernant l'intervention des aides-soignants lors de la toilette, la majorité des professionnels ont répondu plusieurs réponses qui sont par ailleurs opposées. On peut en déduire que leur intervention est dépendante du contexte et de la personne à l'instant t de leur intervention. En majorité, un effort est fait pour laisser de l'indépendance au résident dans l'activité cependant il y a tout de même 50% des aides-soignants qui réalisent l'activité entièrement. On retrouve donc ici le « faire à la place de » ressorti précédemment dans la partie théorique, qui peut être lié aux nombreuses contraintes évoquées.

Cependant, on peut remarquer que, lors de l'habillage, l'indépendance est davantage laissée au résident contrairement à la toilette. De plus, l'autonomie dans le choix des vêtements est majoritairement respectée. Cette activité semble donc davantage propice à l'autonomie et à l'indépendance pour les aides-soignants.

Enfin, la majorité des aides-soignants font participer le résident pour la quasi-totalité des transferts. La non-participation est en réalité due aux incapacités fonctionnelles du résident et à son manque d'envie de participer et non au manque de temps des soignants comme on pourrait le penser. Seulement, on peut se demander si ces causes ne sont pas une interprétation de la part des soignants. En effet, ceux-ci ont pu catégoriser une personne inapte car elle est grabataire mais sans avoir testé ses capacités restantes au préalable.

4.1.5. Discussion des résultats obtenus concernant la grabatisation

Dans le dictionnaire Larousse, la grabatisation est définie comme « État d'un malade qui tend à devenir grabataire ». Il convient alors de chercher la définition de grabataire : « Se dit d'un malade qui ne peut pas quitter le lit ». La grabatisation tend donc vers un alitement de la personne en lien avec la perte de capacités. Ces capacités ont été différenciées dans les trois définitions proposées par le questionnaire : « La perte des fonctions motrices conduisant à un alitement », « La perte des fonctions cognitives conduisant à un alitement » et « La perte des fonctions motrices et cognitives conduisant à un alitement ». La majorité des professionnels interrogés (63% des aides-soignants et 96% des ergothérapeutes) ont répondu

« La perte des fonctions motrices et cognitives conduisant à un alitement ». C'est alors la perte de l'ensemble des capacités de la personne qui conduit à une grabatisation. Cependant, les professionnels (75% des aides-soignants et 80% des ergothérapeutes) pensent que les personnes grabataires possèdent encore des capacités exploitables permettant un gain en autonomie et/ou en indépendance, pouvant les extraire de cette situation de grabatisation. Pour cela, la formation des équipes et le travail en équipe pluridisciplinaire sont proposés. C'est en effet la pensée de Yves Gineste et Rosette Marescotti, tout deux auteurs de la philosophie de soin de l'Humanité® et de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®. Leur travail met en avant une régression de la grabatisation des personnes âgées grâce à « *une évaluation permanente, une nouvelle organisation des soins, la participation de tous au projet, mais aussi des techniques particulières adaptées au très grand âge* » (MARESCOTTI R. & GINESTE, Y., 2011). De plus, ils sont convaincus de la verticalisation des personnes avec « *20 minutes par jour debout* » (MARESCOTTI R. & GINESTE, Y., 2011) pour lutter contre la grabatisation. Pour terminer, les causes liées à l'institution et favorisant le risque de grabatisation, ressorties dans les questionnaires, sont le manque de moyens humains, le manque de formation du personnel et les problèmes de communication. Ces problématiques peuvent être résolues par une gestion et une organisation différente des institutions.

4.1.6. Discussion des résultats obtenus concernant la collaboration

La majorité des professionnels disent collaborer entre eux dans leur structure : 100% pour les ergothérapeutes et 75% pour les aides-soignants. Cette collaboration concerne le partage d'informations concernant les résidents et l'information concernant l'utilisation du matériel. En revanche, la collaboration lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne représente une minorité (13% pour les aides-soignants et 65% pour les ergothérapeutes). De plus, les professionnels ont une demande seulement pour la collaboration lors des repas, en plus de la toilette, l'habillage et les transferts. Mais ils pensent qu'une collaboration entre eux durant les activités de la vie quotidienne pourrait favoriser la sortie de grabatisation de certains résidents. En conclusion, les professionnels interrogés n'ont pas pour habitude de collaborer ensemble lors des activités de la vie quotidienne et donc ils n'ont pas d'idées précises sur le type de collaboration possible lors de ces activités. Cependant, ils ont conscience qu'un travail commun pourrait être bénéfique aux résidents. C'est alors ici tout l'enjeu de la collaboration. Comme le disait l'OMS en 2015, les différents membres d'une

équipe doivent connaître leur rôle et les rôles des autres membres, interagir les uns avec les autres en vue d'atteindre un objectif commun, prendre des décisions, posséder des connaissances et compétences spécialisées et enfin agir comme un « *individu collectif* », du fait de l'interdépendance des tâches réalisées par chacun des membres de l'équipe. Ici, les aides-soignants et les ergothérapeutes ne semblent pas connaître assez le rôle de chacun et leurs compétences pour mettre en place une collaboration durant les activités de la vie quotidienne. Leur collaboration n'est donc que partielle.

4.2. Réponse à la question de recherche

L'objectif de cette étude était de déterminer si une collaboration entre les ergothérapeutes et les aides-soignants, concernant l'autonomie lors des activités de la vie quotidienne, permettrait de prévenir le risque de grabatisation en EHPAD.

Les réponses aux questionnaires ont permis de mettre en évidence que les ergothérapeutes et les aides-soignants sont favorables à une collaboration lors des activités de la vie quotidienne et ils en voient l'intérêt pour le résident. En effet, la collaboration entre professionnels apporte des bénéfices autant pour les membres de l'équipe que pour le résident (OMS, 2015). Cependant cette collaboration n'est pas assez développée dans les structures. Ensuite, les activités de la vie quotidienne apparaissent comme des activités signifiantes pour les résidents puisqu'il y a une demande d'autonomie et d'indépendance à leur sujet. Cette autonomie ressort d'ailleurs comme un objectif dans l'accompagnement des résidents en EHPAD pour les professionnels mais elle semble difficile à mettre en place du fait des incapacités des résidents. Concernant la grabatisation, elle est définie comme la perte de l'ensemble des capacités de la personne qui conduit à un alitement. A ce sujet, les professionnels pensent que les personnes touchées conservent tout de même des capacités et qu'elles sont exploitables au quotidien. Afin de trouver les méthodes nécessaires, les professionnels peuvent s'appuyer sur la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® qui est mise en place auprès des personnes âgées grabataires pour les sortir de cet état et continuer à exploiter leurs capacités à travers de nombreuses méthodes.

En résumé, si un travail est fait par les professionnels en amont de la grabatisation, avec le maintien des capacités, en laissant de l'autonomie et de l'indépendance aux résidents au quotidien, on peut éviter cette grabatisation et ses conséquences. Et cela passe par

l'investissement de tous les professionnels et nécessite donc une collaboration entre eux afin de permettre une coordination et une continuité des soins au quotidien.

4.3. Limites de l'étude

La première limite de l'étude est le manque de ressources bibliographiques sur la collaboration entre ergothérapeutes et aides-soignants. En effet, il existe de nombreuses ressources sur la collaboration pluridisciplinaire ou entre des professionnels spécifiques tels que le médecin et les infirmières mais rien n'est fait sur les ergothérapeutes ou les aides-soignants. Il a donc été difficile de comparer les résultats obtenus avec la littérature.

Ensuite, le manque d'expérience dans l'utilisation de l'outil de recherche utilisé a créé des biais à l'étude. En effet, pour la première question des questionnaires, le classement à l'avance des années d'expériences proposées n'a pas permis la réalisation de calculs statistiques tels que la moyenne ou la médiane. De plus, la formulation des questions n'a pas permis une distinction claire entre elles puisque de nombreux participants ont fait référence à leurs précédentes réponses dans quelques questions ou d'autres ont exprimé ne pas comprendre la question. Les réponses à choix multiples auraient pu être paramétrées différemment dans les questions demandant une distinction entre les réponses. Effectivement, cela aurait empêché que les participants cochent toutes les propositions, sans faire de distinction.

L'utilisation du questionnaire en lui-même peut être un biais puisque celui-ci contient déjà des réponses, qu'il faut alors choisir pour exprimer son opinion. Cependant, ces réponses peuvent induire une pensée et en supprimer d'autres qui ne pourraient alors pas être exprimées. Ces biais peuvent apparaître malgré la volonté de neutralité du chercheur.

Enfin, le faible taux de participation des aides-soignants (8 réponses) ne permet pas à la recherche une fiabilité optimale. Cependant, il permet de se questionner sur la raison de cette non-participation contrairement aux ergothérapeutes, pour lesquels le même moyen de diffusion a été utilisé.

4.4. Apports pour la profession et perspectives

Ce travail a permis de mettre en lumière la collaboration actuelle entre les ergothérapeutes et les aides-soignants en EHPAD, ce sujet n'étant pas traité dans la

littérature. Il a permis aux professionnels de s'exprimer mais également, par ce biais, de se rendre compte de leur pratique professionnelle. Les réponses obtenues peuvent permettre aux ergothérapeutes de se faire une idée de la pratique des aides-soignants en institution mais également de leur pensée au sujet de l'autonomie, des activités de la vie quotidienne, de la grabatisation et surtout de la collaboration entre eux. Cette recherche montre que les deux professions sont intéressées pour davantage collaborer dans leur pratique quotidienne, ce qui peut être un élément à saisir par les ergothérapeutes.

En termes de perspectives, il serait intéressant de reconduire la recherche afin d'avoir davantage de réponses de la part des aides-soignants. Mais cette recherche pourrait également être reconduite en utilisant un autre outil de recherche tel que l'observation de terrain. En effet, l'observation du chercheur en condition réelle permettrait d'analyser directement de la pratique en contournant les biais des réponses données par les participants à l'étude. De plus, cette observation permettrait d'avoir une vision de la pratique de l'aide-soignant en fonction du résident et du contexte mais également de pouvoir observer les demandes et la participation des résidents.

4.5. Apports personnels

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir des compétences qui seront nécessaires à ma future pratique professionnelle. En effet, j'ai appris la recherche et l'analyse de données scientifiques fiables permettant de développer la pratique professionnelle ergothérapique. J'ai également pu mettre en place une méthodologie de recherche et une pratique critique et réflexive de mon étude.

Ce travail m'a également permis de répondre à mes questionnements initiaux au sujet du maintien de l'autonomie en EHPAD. Il m'a fait progresser dans mes questionnements, notamment concernant la pratique collaborative et le rôle de chacun des professionnels dans une structure. J'ai également pris conscience de l'avancée en dépendance des personnes âgées institutionnalisées et j'ai pu construire des potentiels axes de travaux personnels à ce sujet. Par exemple, je porte un grand intérêt à la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.

Conclusion

L'augmentation du vieillissement de la population suppose une augmentation du nombre de personnes âgées institutionnalisées dans les années à venir. C'est alors que le rôle de l'ergothérapeute prend tout son sens puisqu'il a pour mission de maintenir ou d'améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents. Cette mission va principalement se centrer sur les activités de la vie quotidienne puisque ce sont les activités centrales du quotidien des résidents en institution. C'est alors qu'intervient un collaborateur non négligeable pour cet accompagnement, les aides-soignants.

L'objectif de cette recherche était ainsi de se questionner sur l'intérêt d'une collaboration entre les ergothérapeutes et les aides-soignants afin de prévenir le risque de grabatisation en EHPAD, à travers l'autonomie lors des activités de la vie quotidienne. Dans ce cadre, une méthodologie quantitative et qualitative a été utilisée, permettant de recueillir 49 réponses d'ergothérapeutes et 8 réponses d'aides-soignants.

Les réponses ont permis principalement de mettre en évidence l'importance d'une collaboration dans une équipe pluridisciplinaire afin de coordonner les soins, leur suivi et d'en assurer la qualité. Les ergothérapeutes et les aides-soignants sont favorables à cette collaboration pour les activités de la vie quotidienne. En effet, celles-ci sont au cœur de l'accompagnement des résidents et apparaissent significatives pour eux. Enfin les professionnels s'accordent à dire que le maintien des capacités physiques et/ou cognitives des résidents permettrait d'éviter le risque de grabatisation et même de sortir de la grabatisation. L'ensemble de ces réponses a ainsi permis de répondre à la question de recherche initialement posée.

Dans ce mémoire, le point de vue des ergothérapeutes et des aides-soignants a été interrogé au sujet de leur pratique, de leurs connaissances et de leur collaboration. Il serait par ailleurs intéressant d'enrichir cette recherche en apportant le point de vue des résidents au sujet de ces thématiques.

Bibliographie

- AFEG. (2012). *Fiche de poste ergothérapeute en EHPAD.pdf*. (s. d.). Consulté 8 avril 2021, à l'adresse http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%201%20afeg%20EHPAD.pdf
- ANESM. (2011). *Qualité de vie en Ehpad (volet 2)—Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. (s. d.). Consulté 22 mai 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_documentaire_qdv2.pdf
- ANESM. (2016). *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées—Volet EHPAD*. (s. d.). Consulté 4 octobre 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-rbpp_reperage_des_risques_personnes_agees-ehpad-pdf_interactif.pdf
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Consulté 4 octobre 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/>
- Éditions Le Robert : *La référence en langues pour définir, traduire, corriger et certifier - Dictionnaire Le Robert*. (s. d.). Le Robert. Consulté 4 octobre 2020, à l'adresse <https://www.lerobert.com/>
- Encyclopédie Universalis. (s. d.). Consulté 4 octobre 2020, à l'adresse <https://www.universalis.fr/dictionnaire/>
- INSEE. (2016). *Des emplois à pourvoir pour accompagner le vieillissement de la population—Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes—16*. Consulté 22 mai 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019661#consulter>
- INSEE. (2014). *Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404#titre-bloc-3>

Larousse. (s. d.). *Définitions : Grabatisation—Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 22 mai 2021, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grabatisation/37718>

Legifrance. (2013). *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*.

Marescotti, R., & Gineste, Y. (2011). *Debout jusqu'au bout, c'est possible! LA REVUE FRANCOPHONE DE GÉRIATRIE ET DE GÉRONTOLOGIE*(178), 415-416.

Méchin, O. (2016). Le harcèlement thérapeutique ou les excès du maintien de l'autonomie en EHPAD. *Éthique & Santé*, 13(1), 20-25.

Nouvel, F & Jouaffre, V. (2009). *Fragilité et dépendance.: Vol. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (Deboeck supérieur éditions).

NOUVEL, V., DOIZE, P., DAUVERGNE, C., & NOUVEL, F. (2018). *Prévention de la perte d'autonomie iatrogénique hospitalière : Le programme « patient actif-patient sortant »*.

OMS. (2018). *Vieillessement et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

OMS. (2015). *Guide pédagogique pour la sécurité des patients : Édition multiprofessionnelle*.

(s. d.). Consulté 22 mai 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf

OMS. (2016). *RAPPORT MONDIAL SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA SANTÉ*. (s. d.). Consulté 22

mai 2021, à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1

RULLAC Stéphane & BINET Michel. (2016). *Communication professionnelle en travail social*.

- Service public. (2020). *Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
- Svandra, P. (2007). L'autonomie comme expression des « capacités ». *Éthique & Santé*, 4(2), 74-77.
- Sylvie Meyer. (2013). *De l'activité à la participation* (De Boeck-Solal).
- Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(109), 30-38.

ANNEXE I : Trame de l'enquête exploratoire

1. Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?
2. Que signifie pour vous le terme « autonomie » ?
3. Quelles sont les demandes des résidents en matière de prise en charge en EHPAD ?
4. Quel est votre objectif principal de prise en charge, en tant qu'ergothérapeute, auprès des personnes âgées vivant en EHPAD ?
5. Pour vous, quelles sont les causes de la perte d'autonomie des résidents en EHPAD ?
6. Quelle(s) action(s) mettez-vous en place pour contribuer au maintien de l'autonomie des résidents ?
7. Rencontrez-vous des freins à leurs mise en place ? Si oui, lesquels ?
8. Avez-vous des remarques ou des questionnements concernant mon sujet ?
9. Si vous le souhaitez, vous pouvez me laisser votre adresse mail pour que je puisse vous contacter ultérieurement :

ANNEXE II : Trame des mails de diffusion des questionnaires

Bonjour,

Je me présente je suis Nolwenn GUERIN, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IUFE de Clermont-Ferrand. Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, sur le thème du **maintien de l'autonomie en EHPAD**. Pour ma recherche, j'ai réalisé un questionnaire destiné aux aides-soignants travaillant en EHPAD. Je vous sollicite afin de diffuser ce questionnaire à vos différents contacts, si cela vous est possible. Votre contribution me serait d'une grande aide puisqu'elle m'assurerait de cibler la population choisie en évitant le biais des réseaux sociaux, qui me paraissent moins fiables que votre réseau.

Si vous acceptez, vous trouverez ci-dessous le mail à diffuser ainsi que le lien vers le questionnaire.

J'espère que ma démarche retiendra votre attention. Je suis disponible si vous souhaitez davantage d'informations.

En vous remerciant par avance,

Cordialement.

Nolwenn GUERIN

Mail destiné aux aides-soignants :

Bonjour,

Je me présente je suis Nolwenn GUERIN, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IUFE de Clermont-Ferrand. Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, sur le thème du **maintien de l'autonomie en EHPAD**. Afin de poursuivre ma recherche, j'ai réalisé un questionnaire destiné aux aides-soignants travaillant en EHPAD et ayant un ergothérapeute dans leur structure. Je sollicite donc votre participation, si vous remplissez les critères suivant : **aide-soignant(e) diplômé(e) travaillant en EHPAD depuis au minimum 1 an**

avec un(e) ergothérapeute dans la structure. Le remplissage du questionnaire prend une dizaine de minutes.

Votre participation me serait d'une grande aide pour me rendre compte de votre pratique de terrain et pour construire ma recherche. Il n'y aura aucun jugement de valeur dans mon analyse et votre participation sera anonymisée.

Pour finir, je vous demanderai de prendre connaissance du formulaire de non-opposition, présent en pièce jointe, avant de remplir le questionnaire.

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSelbPjcFQ7P6XciMMYUUFvOuvpQsQQn3z6Q6-uLpVbSEw3kKw/viewform?usp=pp_url

En vous remerciant par avance,

Cordialement.

Nolwenn GUERIN

ANNEXE III : Trame du questionnaire destiné aux ergothérapeutes

1. Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?

- 1-2 ans
- 3-5 ans
- 5-10 ans
- + de 10 ans

2. Quel temps de travail possédez-vous dans votre structure ?

- Temps plein
- Temps partiel \geq 50 %
- Temps partiel < 50 %

3. Pour vous, comment interviennent les aides-soignants en EHPAD ?

- Aident les résidents lors des activités de la vie quotidienne
- Accompagnent lors des déplacements
- Servent les repas, collations, petit-déjeuner
- Veillent à l'état de santé physique et moral des résidents
- Travaillent en équipe pluridisciplinaire
- Autre : (réponse ouverte)

4. Travaillez-vous en collaboration avec les aides-soignants ?

- OUI
- NON

Si oui, à quelle occasion ?

- Partage d'informations concernant un/des résident(s)
- Information concernant l'utilisation du matériel
- Réalisation des activités de la vie quotidienne
- Positionnement d'un résident
- Prévention escarres
- Aménagement de l'environnement
- Recherche d'aide technique pour le résident
- Autre : (réponse ouverte)

Si non, avez-vous déjà exercé avec un aide-soignant ?

- OUI
- NON

5. Pour vous, existe-t-il une différence entre autonomie et indépendance ?

- OUI
- NON

(Si réponse « oui », la question suivante s’affiche)

Quelle est la différence entre autonomie et indépendance ?

Autonomie :

- Fait d’être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante (CCTE,2013)
- Liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d’agir en fonction de ceux-ci (CCTE,2013)

Indépendance :

- Fait d’être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante (CCTE,2013)
- Liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d’agir en fonction de ceux-ci (CCTE,2013)

6. De quelle(s) manière(s) intervenez-vous pour les actes de la vie quotidienne ?

- Bilan
- Mise en situation écologique
- Séances de réadaptation
- Ajout d’aides techniques
- Autre : (réponse ouverte)

7. Dans votre service, certains résidents sont-ils en demande d’autonomie, c’est-à-dire de pouvoir prendre des décisions pour eux-mêmes, au quotidien ? (Exemple : choisir ses vêtements, son repas, une activité loisir, etc)

- OUI
- NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ? (3 propositions maximum)

- Soins médicaux (prise de traitement, surveillance de la glycémie, auto-sondage, etc)
- Activités de loisirs
- Toilette
- Habillage
- Repas
- Déplacements
- Transferts

8. Dans votre service, certains résidents sont-ils en demande d'indépendance, c'est-à-dire de pouvoir faire les choses seul ? (Exemple : se déplacer seul, faire sa toilette, manger seul, etc)

- OUI
- NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ? (3 propositions maximum)

- Soins médicaux (prise de traitement, surveillance de la glycémie, auto-sondage, etc)
- Activités de loisirs
- Toilette
- Habillage
- Repas
- Déplacements
- Transferts

9. Pensez-vous qu'une collaboration, entre vous et les aides-soignants, pourrait être utile pour d'autres actes de la vie quotidienne que ceux cités précédemment (toilette, habillage, transferts) ?

- OUI
- NON

Si oui, lequel ou lesquels ? (réponse ouverte)

10. Avez-vous un exemple concret de collaboration ou de projet de collaboration avec les aides-soignants ?

- OUI
- NON

Si oui, lequel ? (réponse ouverte)

11. Pour vous, qu'est-ce que la grabatisation ?

- La perte des fonctions motrices conduisant à un alitement
- La perte des fonctions cognitives conduisant à un alitement
- La perte des fonctions motrices et cognitives conduisant à un alitement

12. L'entrée en institution, telle que l'EHPAD, peut engendrer un risque de grabatisation. Pour vous, quelles causes liées à l'institution peuvent favoriser ce risque ?

- Manque de moyens financiers
- Manque de moyens matériels
- Manque de moyens humains (personnel soignant)
- Manque de temps de travail
- Manque de formation du personnel
- Environnement inadapté
- Communication peu ou pas efficace
- Autre : (réponse ouverte)

13. Pour vous une personne grabataire peut-elle encore gagner en indépendance/autonomie ?

- OUI
- NON

14. Si vous en aviez la possibilité, pourriez-vous contribuer à cette sortie de grabatisation ?

- OUI
- NON

Si oui, comment ? (réponse ouverte)

15. Pensez-vous qu'une collaboration entre vous et les aides-soignants pourrait permettre la sortie de grabatisation de certains résidents ?

- OUI
- NON

Si oui, sous quelle forme ? (réponse ouverte)

ANNEXE IV : Trame du questionnaire destiné aux aides-soignants

1. Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?

- 1-2 ans
- 3-5 ans
- 5-10 ans
- 10-15 ans
- + de 15 ans

2. Pour vous, comment intervient l'ergothérapeute en EHPAD ?

- Aménage l'environnement des résidents
- Agit pour la prévention et le traitement des escarres
- Préconise des aides techniques
- Propose des séances de rééducation
- Règle les fauteuils roulants
- Renforce/stimule la participation aux activités de la vie quotidienne
- Positionne/installe le résident au fauteuil et/ou au lit
- Fait des activités occupationnelles
- Renforce/stimule les capacités cognitives des résidents
- Agit pour la prévention des chutes
- Réalise des bilans
- Autre : (réponse ouverte)

3. Travaillez-vous en collaboration avec l'ergothérapeute ?

- OUI
- NON

Si oui, à quelle(s) occasion(s) ?

- Partage d'informations concernant un/des résident(s)
- Information concernant l'utilisation du matériel
- Réalisation des activités de la vie quotidienne
- Positionnement d'un résident
- Prévention escarres
- Aménagement de l'environnement
- Recherche d'aide technique pour le résident
- Autre : (réponse ouverte)

Si non, avez-vous déjà exercé avec un ergothérapeute ?

- OUI
- NON

4. Pour vous, existe-t-il une différence entre autonomie et indépendance ?

- OUI
- NON

(Si réponse « oui », la question suivante s'affiche)

Quelle est la différence entre autonomie et indépendance ?

Autonomie :

- Capacité de décider pour soi-même
- Capacité de faire seul

Indépendance :

- Capacité de décider pour soi-même
- Capacité de faire seul

Concernant les activités de la vie quotidienne, veuillez répondre pour chaque proposition :

5. Toilette

De manière générale, lors de la toilette vous :

- Réalisez l'activité entièrement
- Commencez
- Laissez le résident commencer
- Guidez le résident
- Laissez faire le résident et intervenez sur demande

6. Habillage

De manière générale, lors de l'habillage vous :

- Faites choisir les vêtements au résident
- Choisissez ses vêtements
- Réalisez l'activité entièrement
- Laissez le résident s'habiller et intervenez sur demande

7. Transferts

De manière générale,

- Vous faites les transferts
- Vous faites participer le résident lors de ses transferts

8. Lorsque cela est possible, vous faites participer le résident pour :

- Le passage du lit au fauteuil
- Le passage du fauteuil au lit
- Le passage aux WC
- Le rehaussement au lit
- Le retournement dans le lit
- Le passage de la position couchée à la position assise
- Le passage de la position assise à la position couchée
- Autre : (réponse ouverte)

9. Dans quel(s) cas vous ne pouvez pas faire participer le résident ?

- Manque de temps
- Manque de matériel
- Manque de soignant
- Manque d'envie de la part du résident
- Incapacités fonctionnelles du résident
- Autre : (réponse ouverte)

10. Dans votre service, certains résidents sont-ils en demande d'autonomie, c'est-à-dire de pouvoir prendre des décisions pour eux-mêmes, au quotidien ? (Exemple : choisir ses vêtements, son repas, une activité loisir, etc)

- OUI
- NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ? (3 propositions maximum)

- Soins médicaux (prise de traitement, surveillance de la glycémie, auto-sondage, etc)
- Activités de loisirs
- Toilette
- Habillage
- Repas
- Déplacements

- Transferts

11. Dans votre service, certains résidents sont-ils en demande d'indépendance, c'est-à-dire de pouvoir faire les choses seul ? (Exemple : se déplacer seul, faire sa toilette, manger seul, etc)

- OUI
- NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ? (3 propositions maximum)

- Soins médicaux (prise de traitement, surveillance de la glycémie, auto-sondage, etc)
- Activités de loisirs
- Toilette
- Habillage
- Repas
- Déplacements
- Transferts

12. Pensez-vous qu'une collaboration, entre vous et l'ergothérapeute, pourrait être utile pour d'autres actes de la vie quotidienne que ceux cités précédemment (toilette, habillage, transferts) ?

- OUI
- NON

Si oui, lequel ou lesquels ? (réponse ouverte)

13. Avez-vous un exemple concret de collaboration ou de projet de collaboration avec l'ergothérapeute ?

- OUI
- NON

Si oui, lequel ? (réponse ouverte)

14. Pour vous, qu'est-ce que la grabatisation ?

- La perte des fonctions motrices conduisant à un alitement
- La perte des fonctions cognitives conduisant à un alitement
- La perte des fonctions motrices et cognitives conduisant à un alitement

15. L'entrée en institution, telle que l'EHPAD, peut engendrer un risque de grabatisation. Pour vous, quelle(s) cause(s) liée(s) à l'institution peut/peuvent favoriser ce risque ?

- Manque de moyens financiers
- Manque de moyens matériels
- Manque de moyens humains (personnel soignant)
- Manque de temps de travail
- Manque de formation du personnel
- Environnement inadapté
- Communication peu ou pas efficace
- Autre : (réponse ouverte)

16. Pour vous une personne grabataire peut-elle encore gagner en indépendance/autonomie ?

- OUI
- NON

17. Si vous en aviez la possibilité, pourriez-vous contribuer à cette sortie de grabatisation ?

- OUI
- NON

Si oui, comment ? (réponse ouverte)

18. Pensez-vous qu'une collaboration entre vous et l'ergothérapeute pourrait permettre la sortie de grabatisation de certains résidents ?

- OUI
- NON

Si oui, sous quelle forme ? (réponse ouverte)

ANNEXE V : Analyse des verbatims de la question 14 du questionnaire des ergothérapeutes

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« En mettant en œuvre tout ce qui est en mon pouvoir. Allant de la formation aux soignants sur les AVQ, autonomie, matériel, et manutention, à mes propres prises de décisions pour graduer le niveau d'accompagnement et du matériel à mettre à disposition » (x2)	Formation, PEC adaptée, matériel adapté (x2)
« Stimulation ++ prise en charge adaptée proposition d'activité stimulante et signifiante » (x2)	Stimulations, PEC adaptée, activités signifiantes (x2)
« si le niveau cognitif est bon :on peut essayer l'utilisation d'outil "technologique" (tablette numérique par ex), dans de rare cas, j'arrive à faire prescrire un fauteuil roulant électrique. on utilise les projets d'accompagnement pour recueillir les souhaits de la personne et je peux essayer d'adapter les activités (d'animation souvent) que le résident souhaite faire. si le niveau cognitif est déficitaire , c'est plus compliqué et c'est très souvent le cas. on va être plutôt dans l'aide humaine pour favoriser des moments d'échange. ce sera plus l'autonomie dans le sens exprimer des envies qui va être sollicitée. je pars du principe que les moments sensoriels sont important pour le résident même si ces moments sont passifs. »	Outils technologiques, Ajout FRE, PEC adaptée, favoriser l'autonomie, stimulations sensorielles
« J'ai déjà eu le cas de deux résidentes qui suite à des PTH et de multiples luxations, se sont retrouvées alitées et ont commencé à perdre des capacités cognitives (grabatisation) mais grâce à un gros travail en collaboration avec kiné, ergo, AS, et psychologue, ont repris goût à la vie et remarche y en déambulateur »	Travail en équipe pluridisciplinaire
« Redonner un rôle à cette personne par des petites actions : choisir la chaîne de sa télé avec sa télécommande, déplacer son lit dans d'autres espaces la journées pour la mettre en lien avec les autres résidents, travailler sur les aides à la communication : (domotique voire makaton) »	Redonner un rôle au résident, relations sociales, aides à la communication
« en sollicitant les équipes (AS et animatrice) à stimuler le résident pendant les soins et après bilan et mise en place d'objectifs en adéquation avec la personne, la faire travailler dans ce sens. Mobilisation au lit, mobilisation au fauteuil »	Stimulations, mobilisations
« ergo : temps de travail + important permettant une prise en charge individuelle, création de poste Ergo	Augmentation du temps de travail ergo PEC individuelle

dans les ehpad qui n'en ont pas. aide-soignantes : + de moyens humains permettant de passer + de temps auprès de chaque resident »	
« Je le fais déjà en formant les aides soignantes à l'activation motrice, les informants des méfaits des contentions et sur les risques de chutes, et je fais un suivi du matériel et les aides au choix des aides techniques au transfert »	Formation des équipes, matériel adapté
« Augmentation du temps de travail ergo sur L'EHPAD, reconnaissance des missions de l'ergo sur L'EHPAD par la direction et les équipes, mini formation, travail en lien direct avec les équipes (transferts ensemble par exemple) »	Augmentation du temps de travail ergo Formations, Travail en équipe pluridisciplinaire
« Dépendant des capacités motrices/cognitives restantes et des envies : stimulation à la mise au fauteuil adapté sur temps court, activités ludiques (choix musique, adapter un format de lecture »	Stimulation, activité
« En valorisant les capacités restantes de la personnes et en l'encourageant à refaire par elle-même quelques activités simples. L'accompagner et ne pas faire à sa place. Séances réadaptation. »	Valorisation des capacités, encouragements Séances de réadaptation
« travail en équipe pluridisciplinaire: recherche de l'origine de la grabatisation, de quel professionnel devons-nous solliciter pour retrouver de l'indépendance? »	Travail en équipe pluridisciplinaire
« En sollicitant les habiletés restantes et encourager l'équipe soignante à le faire chaque jour (demander à la personne de participer lors des soins par exemple) »	Stimulations
« En faisant l'essence même de l'ergothérapie, permettre aux patients de réaliser des activités qui leurs tiennent à coeur ou font partie de leur quotidien. »	Activités signifiantes
« Un AS devrait avoir moins de toilettes a gérer la matin afin de passer plus de temps avec chaque resident. Plus de formations pour les AS. »	Formation
« Stimulation, écoute, donner du sens aux soins, objectives les signes sans interpréter, soutenir etc accompagner les familles, les équipes. »	Stimulations, PEC adaptée, travail en équipe pluridisciplinaire
« sollicitation motrices et cognitive +++, environnement adapté et favorisant l'autonomie tel qu'un fauteuil releveur etc etc... »	Stimulations, adaptation environnement
« Lors de grabatisation temporaire, par de la sollicitation pluri-quotidienne(moteur et cognitif) et un soutien psychologique. »	Stimulations, soutien psychologique
« stimulation de l'autonomie au quotidien, aides techniques adaptées à la prise en soins, communication auprès des équipes »	Stimulations, matériel adapté

« en stimulant le patient, en améliorant l'installation en encourageant les équipes à faire participer les patients »	Stimulations, installation
« prise en charge plus globale, sollicitations personnalisées, formation des soignants sur les troubles cognitifs. »	Stimulations, formation soignants
« mise en place de moyens depuis le lit pour agir sur l'environnement (téléphone adapté, sonnette, lumière, ...) »	Adaptation environnement
« Proposer des outils pour favoriser son autonomie pour aider la personne à exprimer ses choix et ses besoins »	Aides à la communication
« prendre le temps de stimulation de la personne pour retravailler transferts, déplacements ou autres »	PEC adaptée
« stimulation quotidienne, projets individuels avec les familles sur les habitudes de vie »	Stimulations
« Intervenir rapidement en pluridisciplinarité pour favoriser et stimuler les capacités »	Travail en équipe pluridisciplinaire
« Bilan ergo et préconisations diverses, mise en situation, ré-entraînement.. »	Bilans, mises en situation, séances de réadaptation
« En stimulation la personne en question (cognitivement ou physiquement) »	Stimulations
« par un accompagnement plus régulier au lieu de 1 à 2 fois par semaine »	Accompagnement régulier
« dans l'accompagnement des AVJ, en faisant avec et non à la place, ... »	PEC adaptée
« Par la stimulation motrice et sensorielle, positionnement au lit/FR »	Stimulations, positionnement
« réadaptation, rééducation, aides techniques, stimulation, etc... »	Séances de réadaptation/rééducation, matériel adapté, Stimulations
« Par la conservation de l'indépendance de la personne âgée »	Stimulations
« au minimum, la solliciter pour formuler des choix »	Stimulations
« Tout dépend de la personne, c'est du cas par cas »	PEC adaptée
« En proposant des moyens adaptés au résident »	PEC adaptée
« Temps de présence ergo plus conséquent »	Augmentation du temps de travail ergo
« Stimulation dans les AVQ régulièrement »	Stimulations
« avec un accompagnement régulier »	Accompagnement régulier
« Combler les manques pré-cités »	Hors sujet
« matériel plus adapté »	Matériel adapté
« ghjkhj »	Hors sujet

ANNEXE V – Analyse des verbatims concernant les méthodes proposées par les ergothérapeutes pour contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents. Les réponses surlignées en gris représentent les réponses « hors-sujet », qui ont été retirées par manque de cohérence.

ANNEXE VI : Analyse des verbatims de la question 9 du questionnaire des ergothérapeutes

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« Sortie sur l'extérieur de l'Ehpad » (x2)	Sortie extérieure (x2)
« Dans les activités de loisirs » (x2)	Loisirs (x2)
« Loisirs » (x2)	Loisirs (x2)
« Tous ! La collaboration entre l'ergothérapeute qui aura l'expertise de l'analyse d'activité et de la préconisation de conseils / manière d'agir / utilisation d'aides techniques et l'aide soignant qui est au quotidien est essentielle dans toutes les AVQ ! Et surtout selon le résident, dans les activités qui seront le plus importantes pour lui : peut-être que pour certains il faudra davantage collaborer autour de la toilette, pour d'autres autour des toilettes, etc. »	Toutes les AVQ AVQ significantes pour le résident
« Il est nécessaire de transmettre les informations et les conduites à tenir pour un suivi de la prise en charge du résident et pour lui donner des repères dans son apprentissage »	Hors sujet
« l'aide à la marche, les bascules au FR pour alterner les points d'appuis, les installations sur une chaise des personnes en FR standard qui peuvent tenir assise »	Déplacements, installation assise
« tous par contre il faut pouvoir avoir le temps d'être auprès des équipes malheureusement le temps impartis est souvent mince... (7services de 40 lits pour 50%) »	Toutes les AVQ
« Loisirs , aller faire ses courses, se rendre à un rdv, maintien du lien avec la famille, utilisation du téléphone ou de la tablette... »	Loisirs, AVQ significantes
« maintien des activités occupationnelles et de loisirs (lecture, jardinage, couture, sports, ...) mais aussi des relations sociales »	Loisirs, relations sociales
« toutes les actes auxquels aspirent les résidents aussi bien de la vie quotidienne que les loisirs, activités,... »	AVQ significantes
« tout ce qui touche au quotidien de la personne... repas, activités de loisirs, déplacements extérieurs »	Repas, loisirs, sortie extérieure
« positionnement, loisirs, participation à la vie du service (arroser plantes, mettre la table...) »	Positionnement, loisirs, AVQ du service
« Autonomie et indépendance du résident dans tous les domaines, alimentation, projets de vie.. »	Toutes les AVQ
« La communication, quand difficulté d'expression, de compréhension ou mal entendant »	Communication
« installation sécuritaire des résidents, organisation des soins , ... »	Installation, organisation des soins

« repas... et autres types d'activités (loisirs et productives) »	Repas, loisirs, AVQ significantes
« Proposer des activités qui ont du sens pour le résident »	AVQ significantes
« la collaboration doit se faire dans tous les domaines »	Toutes les AVQ
« aide à la pris de repas et aux activités de loisirs »	Repas, loisirs
« lien avec les familles ou l'entourage du patient »	Relation sociale
« accompagnement pour adapter certains loisirs »	Loisirs
« Activités "flash" proposées pour le loisir »	Loisirs
« Repas, positionnement fauteuil et lit »	Repas, positionnement
« tous les actes de la vie quotidiennes »	Toutes les AVQ
« Lien avec l'entourage du résident »	Relation sociale
« Communication et technologies »	Communication, technologies
« les loisirs les déplacements »	Loisirs, déplacements
« stimulation aux déplacements »	Déplacements
« Au niveau occupationnel »	Loisirs
« habillage, toilette »	Hors sujet
« déplacements »	Déplacements
« En PASA »	PASA
« LOSIRS »	Loisirs

ANNEXE VI – Analyse des verbatims concernant les thèmes proposées par les ergothérapeutes pour une collaboration avec les aides-soignants lors des activités de la vie quotidienne. Les réponses surlignées en gris représentent les réponses « hors-sujet », qui ont été retirées par manque de cohérence.

ANNEXE VII : Analyse des verbatims de la question 10 du questionnaire des ergothérapeutes

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« Prise en charge des résidents au PASA, toilette évaluative en présence d'une aide soignante » (x2)	PASA, bilan capacités (x2)
« mise en place de la méthode Montessori depuis qlq semaines : bilan des capacités utiles par ergo + 1 AS formée puis mise en route de la méthode par ergo + 1 AS formée puis passage de relai aux autres AS. elles seront prochainement formées également. cette méthode est utilisée en priorité au moment des soins d'hygiène/habillage. elle sera déployée à l'ensemble des moments de la vie des résidents. de façon plus concrète, au quotidien forte collaboration entre ergo et AS pour les mobilisations au lit, les transferts et positionnement pour prévention escarre. je procède toujours de cette manière : observation des AS auprès du résident -> analyse de la situation avec elles - > propositions d'actions à mettre en place -> accompagnement des AS dans la mise en oeuvre des propositions. si besoin, ajustement de celles-ci »	Collaboration quotidienne dans l'application d'une méthode spécifique (ici Montessori) Mobilisations au lit, transferts, positionnement, prévention escarres
« en service "alzheimer", je remplis le bilan "Pool Activity Level" avec les aides soignantes pour déterminer les capacités de la personne et pour ensuite la stimuler dans la bonne mesure (ni trop peu pour éviter la perte mais pas trop non plus pour éviter la sur stimulation et donc les troubles du comportement). ce bilan est fait sur les observations des aides soignantes, je les aide à formaliser leurs observations et je leur donne ensuite un guide de bonne pratique d'accompagnement pour le résident qu'elles vont mettre en oeuvre au jour le jour avec le résident. »	Bilan capacités (observations), conseils d'accompagnement du résident
« Plusieurs cas : - évaluation avec AS sur routine du matin pour résidents très dépendants - mise en place de positionnement au lit ou au fauteuil - apprentissage à un résident de l'utilisation de son FRM de manière autonome et indépendante - ... --> toutes mes actions se réalisent en collaboration avec les AS et l'IDE afin que ça suive au quotidien et que les éléments préconisés ou mis en place tiennent dans le temps, et que les soignants se les "imprègnent" au quotidien dans leur pratique. »	Bilan capacités, positionnement, transmission d'informations (utilisation FRM, AT) pour permettre suivi de la PEC
« Séance de snoezelen en groupe, groupe de Validation, réalisation du jus de pomme, entretien des ruches (nos résidents peuvent continuer leur activités	Séances Snoezelen, application d'une méthode spécifique, activités loisirs proposées par la structure

qu'ils avaient à domicile et l'un d'eux à ramener ses ruches et on récolte le miel pour l'Ehpad) aller ramasser les châtaignes pour faire des confitures, entretien du jardin thérapeutique..... »	
« Mise en place d'une évaluation à l'entrée de chaque résident, en binôme avec une aide soignante du service, pour évaluer les capacités/ incapacités lors de la préparation du matin(comprend transferts, déplacement en chambre, toilette, habillage, soins personnels) »	Bilan capacités
« Création d'un panneau de stimulation cognitive pour des résidents ayant des troubles cognitifs (démence apparentés, Alzheimer, etc..). Panneau composé d'objet du quotidien (téléphone avec fil, serrure, poignée de portes, verrou, etc.) »	Activité de stimulation cognitive
« aménagement de la chambre, aide technique pour le repérage spatio temporelle, Il doit y avoir une continuité entre toutes les actions faites par l'Ergo, et les aide-soignantes qui sont au quotidien auprès des résidents. »	Aménagement environnement, transmission d'informations pour permettre suivi PEC
« mise en place d'un fauteuil roulant électrique pour une résidente: il y a eu un accident de travail lié à la conduite de la résidente, travail en équipe sur le choix de retirer ou non le fauteuil électrique. »	Prise de décision en équipe pluridisciplinaire
« Choix d'une aide technique pour les transferts avec apprentissage pour le résidents voir pour le soignants si c'est une aide technique non présente dans l'établissement »	Aide technique
« Installation sur une chaise pour le repas des midis pour les résidents habituellement en FR standard, pas le soir car logistique trop contraignante et effectif réduit »	Installation
« Repas thérapeutique, toilette évaluative, installation au lit, repérage des changements d'État du résident, signalement du matériel défectueux... »	Repas, bilan capacités, installation, observation du résident, transmission d'informations
« mise en place d'un fauteuil roulant électrique pour permettre les déplacements de manière autonome et indépendante dans le parc de l'EHPAD »	Aide technique
« Mise en place d'une signalitique adapter (marquage au sol) pour qu'un résident déficient visuel puisse se rendre en salle à manger seul »	Adaptation environnement
« Activités "flash" 10 minutes d'aide à la lecture d'un journal et discussions, manipulation d'objets (pliage des serviettes) »	Activité loisir, Stimulations
« toilette évaluative en binôme, référent / matériel de transferts, référent/ suivi des aides techniques au repas. »	Bilan capacités, gestion matériel

« Planning hebdomadaire pour un résident, mise en situation écologique/bilan toilette/habillage »	Bilan capacités
« Lien pour l'utilisation des divers matériels et réglages fauteuils, suivi des At dont repas »	Formation et gestion matériel
« Prévention d'escarre, positionnement au FR, transferts, aides à la mobilité »	Prévention escarre, positionnement, transferts, aide technique
« jardin "thérapeutique" : de la conception à la réalisation »	Activité proposée par la structure
« installation au fauteuil ou au lit avec positionnement »	Installation, positionnement
« Amélioration du positionnement d'une personne au lit »	Positionnement
« choix du rythme de vie et installation d'un résident »	Installation, organisation en fonction du résident
« choix des équipements à court, moyen et long terme »	Choix matériel
« bonne utilisation d'une sangle de lève-personne »	Formation
« installation au lit et au fauteuil »	Installation
« sortie pour pratiquer la pêche »	Sortie extérieure
« formation installation au lit »	Formation
« Evaluation de positionnement »	Positionnement
« ghjkgjhj »	Hors sujet

ANNEXE VII – Analyse des verbatims concernant les idées générales proposées par les ergothérapeutes au sujet d'un exemple ou d'un projet de collaboration avec les aides-soignants. La réponse surlignée en gris représente une réponse « hors-sujet », qui a été retirée par manque de cohérence.

ANNEXE VIII : Analyse des verbatims de la question 15 du questionnaire des ergothérapeutes

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« Réponse précédente : à l'aide de formations, de communication plus adaptée, de manutention, ... » (x2)	Formation, communication (x2)
« Prise en charge suivie au long terme avec stimulation » (x2)	Stimulations, PEC à long terme (x2)
« Indispensable !!! Ce sont les aides soignantes qui sont au contact quotidien du résident. le projet doit être analysé en équipe pour adapter les objectifs par rapport aux besoins exprimés par le résident, aux évaluations et observations réalisées. Définir les missions de chaque intervenant et leur régularité dans le projet de soins et de vie »	Concertation en équipe pour PEC adaptée Définir les missions des professionnels
« évaluation des capacités restantes par l'ergo et échange avec les aides-soignants pour comprendre l'évolution, rééducation par l'ergo, démonstration aux soignants de la manière de faire et passer le relai aux aides-soignants pour l'entretien de l'indépendance »	Bilan capacités, transmission d'informations, continuité de la PEC ergo au quotidien
« Meilleure suivi des problématiques cutanées, faire prendre conscience qu'une personne au lit perd ses capacités (mange moins bien, respire moins bien) ; l'info et la formation, par un changement du paradigme de soin propre à l'institution »	Formation, transmission d'informations
« par un accompagnement des soignants pour une prise en charge plus adaptée lors des soins de nursing (mais le personnel soignant n'a malheureusement pas le temps de laisser faire, de stimuler les résidents) »	Concertation en équipe pour PEC adaptée
« Transférer ce qui fait en ergo au quotidien (par le biais des soignants). les échanges avec les soignants peuvent aussi permettre à l'ergo de mieux saisir les problématiques rencontrées au quotidien. »	Continuité de la PEC ergo au quotidien, communication
« Travail des transferts ensemble, activités où l'ergo accompagne les soignants pour permettre de leur montrer ce que le résident est capable de faire et de mettre les capacités du résident en avant. »	Collaboration durant les AVQ
« Les réponses précédentes sont forcément à mettre en place en collaboration (installation au fauteuil, mise en route de la musique à la demande...) »	Collaboration durant les AVQ
« aider a prendre conscience que meme en etant grabataire la personne peut faire des choix et prendre des decision sur son mode de vie »	Communication
« réaliser un état des lieux détaillés des possibles du résident afin de définir ensemble les sollicitations possibles au quotidien »	Concertation en équipe pour PEC adaptée

« les aides-soignants pourraient s'appuyer sur les acquis en séance pour les utiliser au quotidien, ce qui est parfois fait »	Continuité de la PEC ergo au quotidien
« Avoir une continuité dans la prise en charge, pérenniser les mises en place de matériel ou leurs utilisations... »	Continuité de la PEC ergo au quotidien, matériel adapté
« voir ma précédente réponse : tout ce qui est mis en place par l'Ergo, doit être relayé par l'équipe soignante »	Continuité de la PEC ergo au quotidien
« une sollicitation selon ses goût et habitudes antérieurs (communication adaptée telle que la validation) »	Sollicitations
« Partage d'infos, de techniques, de manière de faire pour stimuler la personne et pour son bien être »	Transmission d'informations, stimulations
« En se relayant. Lorsqu'on est pas là, ils peuvent eux-mêmes prendre la relève de la stimulation. »	Continuité de la PEC ergo au quotidien, stimulations
« Stimulation de la personne âgée et utilisation à bon escient des équipement mise à disposition »	Stimulations, matériel adapté
« Travail de longue haleine grâce à un accompagnement au quotidien et à une stimulation accrue »	PEC adaptée, stimulations
« dans la continuité de la prise en soins des résidents (mobilisations, avoir leur avis, ...) »	Continuité de la PEC ergo au quotidien
« si les AS appliquaient plus nos techniques et si toutes les AS avaient le même objectif »	Concertation en équipe pour PEC adaptée
« communication sur ce qui peut stimuler l'autonomie et l'indépendance et validation »	Communication
« Les informer, les former, expliquer et reexpliquer lors de leur transmissions. »	Formation, transmission d'informations
« En impliquant les aides soignants dans la méthode et l'approche de la personne »	Intégration des professionnels dans notre intervention
« Formation des équipes soignantes, connaissances des résidents par les équipes »	Formation
« Formation, information, démonstration des capacités de la personne accueillie »	Formation, transmission d'informations
« Séance de mise en situation écologique, accompagnement à la toilette »	Collaboration durant les AVQ
« un accompagnement régulier et commun au moment de certains actes »	Collaboration durant les AVQ
« soutien/formation pour mise au fauteuil régulière, progressive »	Formation
« relai de terrain sur la sensibilisation aux troubles »	Transmission d'informations
« Travail commun dans le même sens auprès du résident »	Concertation en équipe pour PEC adaptée
« aide soignante mieux formées au matériel »	Formation
« Communication, accompagnement, sens »	Communication

« fixer des obeitifs ensemble »	Concertation en équipe pour PEC adaptée
« Pas compris la question »	Hors sujet
« collaboration étroite »	Hors sujet
« cas par cas »	PEC adaptée
« ghjkgh »	Hors sujet
« ?? »	Hors sujet

ANNEXE VIII – Analyse des verbatims concernant les techniques proposées par les ergothérapeutes concernant une collaboration avec les aides-soignants pour permettre la sortie de grabatisation de certains résidents. Les réponses surlignées en gris représentent les réponses « hors-sujet », qui ont été retirées par manque de cohérence.

ANNEXE IX : Analyse des verbatims de la question 17 du questionnaire des aides-soignants

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« oui, avec une formation, du temps...pour une personnes âgée, grabataire, retrouver son autonomie et qui très souvent a une maladie neuro dégénérative et évolutive reste compliqué. »	Formation
« se former , formation humanitude , se sentir epauler par une vraie equipe pluri disciplinaire ,rester humain et attentif en fait le to care »	Formation, travail en équipe pluridisciplinaire, observations
« par un travail en équipe avec un projet commun et une collaboration du résident et des autres acteurs intervenants auprès de celui-ci »	Travail en équipe pluridisciplinaire, collaboration avec le résident
« En suivant des formations en rapport avec l’humanitude, la méthode Montessori appliquer aux personnes âgées »	Formation
« En lui expliquant l'intérêt de continuer a faire seul »	Collaboration avec le résident
« Je pense qu'il s'agit d'un accompagnement pluridisciplinaire et familiale/amical , si possible.et que le résident doit en être acteur. »	Travail en équipe pluridisciplinaire, collaboration avec le résident
« En essayant de lui refaire faire un minimum de gestes lui-même »	Participation du résident

ANNEXE IX – Analyse des verbatims concernant les méthodes proposées par les aides-soignants pour contribuer à la sortie de grabatisation de certains résidents.

ANNEXE X : Analyse des verbatims de la question 12 du questionnaire des aides-soignants

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« Technique de manutention, ergonomie dans le poste de travail, aménagement des lieux de vie, aménagement des chambres, participation à l'achat de nouveaux matériels, sensibilisation des personnels aux gestes et postures »	Manutention, ergonomie, aménagement environnement, achat matériel, formation
« une autre vision de la prise en charge de la personne agee tout en respectant les 14 besoins de virginia anderson »	Hors sujet
« nous travaillons en collaboration avec une psychothérapeute, zoothérapie, évaluation de la marche, etc.. »	Hors sujet
« Activités manuelles, activités sur l'expression »	Activités manuelles et d'expression
« Alimentation »	Repas
« Utilisation du matériel et choix adapté au résident. Prévention des chutes »	Choix et utilisation du matériel, prévention des chutes
« une aide pour les repas »	Repas

ANNEXE X – Analyse des verbatims concernant les thèmes proposées par les aides-soignants pour une collaboration avec les ergothérapeutes lors des activités de la vie quotidienne. Les réponses surlignées en gris représentent les réponses « hors-sujet », qui ont été retirées par manque de cohérence.

ANNEXE XI : Analyse des verbatims de la question 13 du questionnaire des aides-soignants

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« Installation dans un fauteuil adapté »	Installation
« acteur praps »	Hors sujet
« Nous travaillons de façon ponctuel souvent en 5 minutes ds un couloir pour parler d'un résident avec lequel nous rencontrons des difficultés diverses . Il est dommage de ne pas pouvoir se rencontrer de façon formel. Notre ergothérapeute est à 40% au sein de notre établissement qui compte environ 200 résidents. »	Transmission d'informations

ANNEXE XI – Analyse des verbatims concernant les idées générales proposées par les aides-soignants au sujet d'un exemple ou d'un projet de collaboration avec les ergothérapeutes. La réponse surlignée en gris représente une réponse « hors-sujet », qui a été retirée par manque de cohérence.

ANNEXE XII : Analyse des verbatims de la question 18 du questionnaire des aides-soignants

Réponses	Idée(s) générale(s)/Thème(s)
« Lors de différents ateliers et en prenant en compte le projet individualisé de chaque patient »	Ateliers, activités significatives
« travail d'équipe et moyen plus important du temps d'ergo dans les structures »	Travail en équipe pluridisciplinaire, augmentation du temps de travail ergo
« Communicant sur les capacités ou les difficultés des résidents »	Transmission d'informations
« se former »	Formation
« qu'elle soit plus présente dans le service, et qu'on lui donne les moyens de le faire! »	Augmentation du temps de travail ergo
« En travaillant en binôme et en collaboration des informations »	Collaboration durant les AVQ, transmission d'informations

ANNEXE XII – Analyse des verbatims concernant les techniques proposées par les aides-soignants concernant une collaboration avec les ergothérapeutes pour permettre la sortie de grabatisation de certains résidents.

RESUME

Introduction : L'augmentation actuelle du vieillissement de la population suppose une augmentation du nombre d'entrées en EHPAD dans les années à venir. Le maintien de l'autonomie est donc essentiel afin de favoriser la qualité de vie des personnes âgées. Ainsi, l'objectif de ce mémoire est de mettre en avant les moyens qui peuvent être mis en place pour maintenir l'autonomie en EHPAD à travers la collaboration entre ergothérapeutes et aides-soignants.

Méthode : Une étude qualitative et quantitative, via un traitement statistique des données, a été réalisée par le biais de deux questionnaires. 49 ergothérapeutes et 8 aides-soignants travaillant en EHPAD ont répondu aux questionnaires concernant leur pratique professionnelle autour du sujet de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et de la potentielle collaboration entre eux.

Résultats : Les résultats de cette étude ont montré que 75% des aides-soignants interrogés travaillent en collaboration avec l'ergothérapeute et à l'inverse, 100% des ergothérapeutes interrogés travaillent en collaboration avec les aides-soignants. Cependant, dans les deux cas, la collaboration est très limitée dans les activités de la vie quotidienne : 16,7% pour les aides-soignants et 65,3% pour les ergothérapeutes. Dans leur pratique quotidienne, les aides-soignants maintiennent globalement l'autonomie des résidents, sauf si les résidents ne le souhaitent pas ou qu'ils n'en sont pas capables physiquement. Enfin, les ergothérapeutes et les aides-soignants sont favorables à une collaboration, dans l'objectif d'améliorer l'autonomie des résidents.

Conclusion : Le maintien de l'autonomie est un objectif actuel en EHPAD mais soumis à diverses contraintes. Une collaboration plus poussée entre les ergothérapeutes et les aides-soignants pourrait favoriser davantage l'autonomie des résidents dans les actes de la vie quotidienne.

Mots clés : personnes âgées, autonomie, EHPAD, collaboration, aides-soignants.

ABSTRACT

Introduction: The current increase in the aging of the population implies an increase in the number of people entering retirement homes in the years to come. Maintaining autonomy is therefore essential in order to promote the quality of life of the elderly people. Thus, the goal of this dissertation was to highlight the means that can be put in place to maintain autonomy in retirement homes through the collaboration between occupational therapists (OT) and nursing assistants (NA).

Methods: A qualitative and quantitative study was carried out with two questionnaires through statistical data processing. 49 OT and 8 NA working in retirement homes answered the questionnaires concerning their professional practice around the subject of autonomy in the activities of daily living and the potential collaboration between them.

Results: The results of this study showed that 75% of the NA interviewed worked in collaboration with the OT and, conversely 100% of the OT interviewed worked in collaboration with the NA. However, in both cases, collaboration was very limited in activities of daily living: 16.7% for the NA and 65.3% for the OT. In their daily practice, NA generally maintained the residents' autonomy, unless the residents did not want to or were physically unable to do so. Finally, OT and NA were in favour of working together to improve the residents' autonomy.

Conclusion: Maintaining autonomy is a current goal in retirement homes but is subject to various constraints. More collaboration between OT and NA could further promote the residents' autonomy in the activity of daily living.

Keys words: elderly people, autonomy, retirement home, collaboration, nursing assistants.