



**INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2016

**Intervention de l'ergothérapeute auprès  
des aides-soignants lors des manutentions en  
Etablissement d'hébergement pour personnes  
âgées dépendantes**

Favoriser la participation des résidents

Soutenu par : CHAGNEUX Elodie

11102077

*Maître de mémoire : Jacquemot Denis*

# REMERCIEMENTS

---

*Un grand merci...*

*A mon maitre de mémoire pour son accompagnement et ses conseils pertinents,*

*Aux professionnels qui ont participé à mon enquête, en acceptant de m'accorder de leur temps pour partager leur expérience,*

*A ma belle au bois dormant, pour sa générosité, son aide précieuse et ses encouragements,*

*A mes parents, mon frère, mes colocataires et amis qui m'ont soutenue durant ce travail de longue haleine.*

# SOMMAIRE

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>3</b>
<b>PREAMBULE.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>PARTIE THEORIQUE.....</b>	<b>- 2 -</b>
I.    Accompagnement des personnes âgées dépendantes en Ehpad.....	- 2 -
1.    Caractéristiques des personnes âgées accueillies en Ehpad .....	- 2 -
2.    Fonction d’une maison de retraite – Ehpad.....	- 3 -
3.    Nécessité de pallier à la perte de mobilité sans négliger les potentialités des résidents .....	- 4 -
II.   La manutention de personne .....	- 5 -
1.    Un soin à part entière .....	- 5 -
2.    Un soin instrumentalisé.....	- 6 -
3.    Un soin qui comporte des risques de grabatisation pour les personnes âgées.....	- 7 -
4.    Le cadre réglementaire des manutentions .....	- 8 -
4.1.  Un soin délégué à l’aide-soignant .....	- 8 -
4.2.  La formation à la manutention des aides-soignants .....	- 9 -
III.  Les effets délétères des manutentions sur la santé des aides-soignants .....	- 9 -
1.    Les difficultés rencontrées par les aides-soignants lors des manutentions.....	- 9 -
1.1.  Des efforts physiques excessifs.....	- 9 -
1.2.  La pénibilité des conditions de travail.....	- 10 -
1.3.  Un défaut de connaissance concernant les capacités des résidents .....	- 10 -
1.4.  Le manque de coopération de certains résidents .....	- 11 -
1.5.  Difficultés liées aux équipements d’aides à la manutention .....	- 12 -
1.6.  Des formations à la manutention inadaptées aux exigences du terrain .....	- 13 -
2.    Les risques des manutentions sur la santé des aides-soignants .....	- 14 -

2.1. Le risque d'épuisement professionnel et d'insatisfaction des aides-soignants en Ehpad .....	- 14 -
2.2. Un risque important de survenue de troubles-musculo-squelettiques.....	- 14 -
IV. L'apport de l'intervention d'un ergothérapeute dans la prévention des risques liés à la manutention des personnes âgées dépendantes .....	- 15 -
1. L'ergothérapeute, son rôle dans la manutention des résidents .....	- 15 -
1.1. Présentation du métier d'ergothérapeute .....	- 16 -
1.2. Mission spécifique de l'ergothérapeute auprès des aides-soignants .....	- 16 -
1.3. Les compétences et outils de l'ergothérapeute utiles aux aides-soignants lors des manutentions.....	- 17 -
2. De nouvelles approches de la manutention axées sur la prévention n'impliquant pas spécifiquement l'ergothérapeute .....	- 19 -
2.1. Une politique institutionnelle orientée vers zéro soulèvement manuel.....	- 19 -
2.2. L'intervention d'experts sur le terrain pour soutenir les professionnels de soin .....	- 20 -
2.3. La recherche d'une plus grande participation des résidents lors des transferts..	- 21 -
3. Intervention de l'ergothérapeute auprès des aides-soignants lors des manutentions quotidiennes des résidents.....	- 21 -
3.1. Une modalité d'intervention adaptée aux problématiques rencontrées.....	- 21 -
3.2. Bienfaits potentiels de ce type d'intervention sur la santé des résidents et des aides-soignants .....	- 22 -
<b>QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES.....</b>	<b>- 24 -</b>
<b>PARTIE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>- 25 -</b>
I. Population cible et lieu d'investigation .....	- 25 -
II. L'outil d'investigation utilisé : l'entretien semi-directif .....	- 25 -
1. Choix de l'outil .....	- 25 -
2. Construction de l'outil.....	- 26 -
3. Aspects éthiques.....	- 26 -
III. Déroulement de l'investigation .....	- 27 -
1. Prise de contact avec les participants .....	- 27 -

2.	Le déroulement des entretiens.....	- 27 -
<b>ANALYSE DES RESULTATS.....</b>		<b>- 28 -</b>
I.	La population interrogée et leur pratique en Ehpad .....	- 28 -
II.	Moyens de favoriser la participation des résidents .....	- 29 -
1.	Une recherche active de la participation des résidents lors des transferts.....	- 29 -
2.	Les difficultés rencontrées par les aides-soignants et moyens de pallier à ces difficultés .....	- 29 -
2.1.	L'habitude de faire « à la place » des résidents.....	- 29 -
2.2.	Une difficulté liée au manque de compréhension des résidents.....	- 30 -
2.3.	Des contraintes architecturales.....	- 31 -
III.	L'évaluation du niveau de dépendance du résident lors de ses transferts .....	- 31 -
1.	Les critères d'évaluations pris en compte .....	- 31 -
2.	Les moyens d'évaluations .....	- 32 -
3.	Prise en compte de l'environnement dans l'évaluation.....	- 33 -
4.	Modalités de transmission des évaluations des ergothérapeutes.....	- 33 -
5.	Intérêt de ce diagnostic.....	- 34 -
5.1.	Une facilitation du travail des aides-soignants par la mise en place de moyens de manutentions adaptés aux capacités des résidents .....	- 34 -
5.2.	Une aide pour s'adapter aux changements de capacités du résident.....	- 35 -
IV.	Les actions des ergothérapeutes sur le terrain.....	- 35 -
1.	Interventions portant sur l'adaptation sur l'environnement physique:.....	- 35 -
1.1.	Installation du patient .....	- 35 -
1.2.	Utilisation des aides techniques .....	- 36 -
1.3.	L'aménagement de l'environnement.....	- 37 -
2.	Interventions portant sur l'environnement social.....	- 38 -
2.1.	Conseils d'accompagnement des personnes âgées.....	- 38 -
2.2.	Rappel des conseils posturaux et des techniques de manutention donnés lors de formations ponctuelles .....	- 38 -
3.	La recherche d'un compromis entre les besoins des résidents et des soignants.-	- 39 -
4.	Organisation des interventions des ergothérapeutes .....	- 40 -

4.1. Une fréquence d'intervention différente selon les établissements.....	- 40 -
4.2. Importance de la disponibilité des ergothérapeutes .....	- 40 -
V.    Efficience des interventions quotidiennes de l'ergothérapeute.....	- 41 -
1. Formations ponctuelles versus interventions quotidiennes.....	- 41 -
1.1. Une meilleure intégration des connaissances.....	- 41 -
1.2. L'ergothérapeute, garant de la santé des résidents et des soignants.....	- 41 -
2. Influence sur la performance et la satisfaction des aides-soignants à réaliser les manutentions .....	- 42 -
2.1. Les capacités préservées du résident davantage prises en compte .....	- 42 -
2.2. Une facilitation du travail des aides-soignants et une rapidité d'action.....	- 43 -
2.3. Impact sur la santé physique des aides-soignants et leur satisfaction professionnelle .....	- 43 -
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>- 45 -</b>
I.    Interprétation des résultats au regard des hypothèses secondaires.....	- 45 -
1. Un diagnostic facilitant la mise en place de moyens de manutention adaptés ...	- 45 -
2. Préconisation d'aménagements de l'environnement adaptés aux contraintes de terrain .....	- 46 -
3. Une facilitation de l'acquisition des compétences en lien avec la manutention .....	- 47 -
II.    Retour sur la question de recherche et l'hypothèse principale.....	- 48 -
III.    Limites de la recherche et axes d'amélioration.....	- 49 -
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>- 50 -</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>- 51 -</b>
<b>TABLE DES ANNEXES .....</b>	<b>- 56 -</b>

# PREAMBULE

---

Le point de départ de ce mémoire de fin d'étude en ergothérapie fait suite à un stage en Foyer d'Accueil Médicalisé pour des adultes en situation de polyhandicap. Un événement m'a particulièrement marqué lors de ce stage : l'intervention d'un ergothérapeute formé en ergomotricité dans le cadre d'une semaine de formation des équipes soignantes de l'établissement. Lors de cette formation, j'ai pu me mettre à la fois dans la position de manutentionnaire et de personne manutentionnée. J'ai alors réalisé la complexité de cet accompagnement, notamment de l'utilisation de certains équipements que je n'avais jamais eu l'occasion d'utiliser auparavant (draps de glissement, systèmes de transferts plafonniers). J'ai également été surprise de découvrir l'existence de techniques d'activation gestuelles facilitant la participation des résidents.

Une partie de la formation était consacrée à l'intervention du formateur, lors des soins, pour aider les équipes à trouver des solutions aux problématiques rencontrées au quotidien. Les professionnels ont manifesté un intérêt particulier pour ce type d'intervention qui apportait de véritables réponses à leurs questionnements.

A l'issue de cette formation, je me suis posée différentes questions : Que pouvons-nous apporter, en tant qu'ergothérapeute, aux autres professionnels concernant la manutention ? Sommes-nous suffisamment formés dans ce domaine pour pouvoir assumer ce rôle de conseiller ? Quelles sont les personnes susceptibles de bénéficier de ces conseils ?

Une enquête préalable dans la littérature m'a permis d'identifier les lacunes des formations classiquement proposées aux professionnels, pour pallier aux risques importants que représentent les manutentions sur leur santé. Elle a également permis de mettre en évidence les bénéfices que pouvaient apporter les conseils de l'ergothérapeute, en matière d'utilisation d'aides techniques, d'aménagement de l'environnement et de techniques de manutention, dans cette démarche de prévention des risques pour les professionnels santé. Une interrogation restait cependant en suspens quant à la meilleure façon de transmettre ses connaissances. La question de départ de mon travail de recherche a ainsi été formulée : Comment favoriser la transmission et l'intégration des savoirs concernant la manutention de patient aux aides-soignants lorsqu'on est ergothérapeute ?

# INTRODUCTION

---

La manutention de personne est une pratique courante pour les aides-soignants en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et nécessite de multiples compétences de la part de ces professionnels. Or, les moyens et les connaissances mis à leur disposition ne semblent pas suffisants pour leur permettre de répondre à la double exigence de ce soin : préserver à la fois la qualité de vie des résidents et leur propre santé. (Malet et Benchekroun, 2012).

Une recherche théorique a été initiée à partir de ce constat. Elle décrit dans un premier temps, la finalité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en Ehpad, orientée vers la promotion de leur qualité de vie. Une qualité vie qui ne peut être préservée que par un accompagnement adapté de la perte de mobilité de ces personnes. La recherche s'est ensuite portée sur les spécificités de la manutention qui s'avère être un soin à part entière. Lorsqu'il n'est pas réalisé de manière adéquate, ce soin peut non seulement engendrer la grabatisation des résidents mais aussi avoir des effets néfastes sur la santé des soignants. Une partie du développement détaille ainsi les difficultés rencontrées par les aides-soignants lors des manutentions et les conséquences que cela a sur leur santé. Puis, un dernier chapitre explicite l'apport de l'ergothérapeute dans la prévention de ces risques et plus spécifiquement de son intervention lors des manutentions quotidiennes.

Ces différentes réflexions ont abouti à la formulation de la question de recherche suivante : en quoi l'intervention d'un ergothérapeute, lors des manutentions quotidiennes de personnes âgées dépendantes en Ehpad, améliorerait la performance et la satisfaction professionnelle des aides-soignants à réaliser les manutentions ? L'hypothèse énoncée face à cette problématique est que l'ergothérapeute permet aux aides-soignants de répondre plus facilement aux exigences du soin de manutention en leur donnant les moyens de favoriser la participation des résidents lors de leurs transferts.

Après avoir développé la partie théorique précédemment énoncée, il sera détaillé la méthodologie employée pour confronter les connaissances théoriques aux données recueillies auprès de professionnels de terrain. Les résultats de l'investigation seront ensuite explicités puis discutés afin d'apporter une réflexion éclairée sur la question de recherche. Enfin, une partie de ce mémoire conclura ce travail d'initiation à la recherche et évoquera quelques pistes de réflexions donnant une éventuelle suite à ce sujet.



# **PARTIE THEORIQUE**

---

## **I. Accompagnement des personnes âgées dépendantes en Ehpad**

### **1. Caractéristiques des personnes âgées accueillies en Ehpad**

En raison de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité et de la mise en œuvre d'une politique en faveur du maintien à domicile, l'entrée en établissement pour personnes âgées est de plus en plus tardive (Weber, 2011). Elle avait lieu en moyenne à 83 ans et 5 mois à la fin de l'année 2007, soit 3 mois de plus qu'en 2003 (Prévoit, 2009). Les raisons motivant l'entrée des personnes dans ce type d'institution sont multiples : solitude, logement inadapté, impossibilité d'être aidée par les proches au quotidien, etc. Cependant les principaux motifs demeurent la fragilisation de l'état de santé de la personne âgée (Weber, 2011) et le niveau de dépendance qui croît avec l'âge (Insee, 2014).

En effet, les personnes âgées en Ehpad représentent une population particulièrement vulnérable sur le plan de la santé (physique, psychique et sociale). En plus de la fragilisation liée à la sénescence, elles souffrent fréquemment de poly-pathologies. Les personnes âgées en institution cumulent en moyenne 6 pathologies, notamment des pathologies chroniques stabilisées (Perrin-Haynes, 2011). Si on examine les données plus en détail, on s'aperçoit que 76 % des résidents en Ehpad sont atteints d'au moins une affection cardiovasculaire, que 49 % souffrent d'affections ostéo-articulaires, et que 87 % d'entre eux sont touchés par au moins une maladie neuropsychiatrique. On retrouve souvent un syndrome démentiel (42 % des résidents, maladie d'Alzheimer comprise), un état dépressif (36 %), un état anxieux (26%) et des troubles du comportement (30%). Les résidents en Ehpad sont aussi atteints par des psychoses, délire et/ou hallucinations (16%), des accidents vasculaires cérébraux (15 %) et la maladie de Parkinson (8%), maladies certes moins répandues mais souvent très incapacitantes.

Ainsi, sur 10 résidents en Ehpad, presque la moitié sont concernés par une déficience intellectuelle, quatre souffrent d'une déficience du comportement ou d'une déficience motrice, et deux ont une déficience visuelle, une déficience de langage ou une déficience auditive (Perrin-Haynes, 2011). Or d'après l'INSEE, la frontière entre problèmes de santé

et dépendance est poreuse, dans la mesure où les incapacités résultent souvent de problèmes de santé actuels ou passés (Insee, 2014). Cette augmentation de la dépendance des personnes âgées en institution retentit sur les aides nécessaires à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne (Prévoit, 2009). La moyenne d'heures consacrées au soin des patients ne cesse d'augmenter et les soins de base sont de plus en plus difficiles à réaliser (Villeneuve, 2011).

Par ailleurs, en 2007, Y. Gineste et J. Pellissier répertorient quatre types de patients en maisons de retraite médicalisées suivant leur niveau de mobilité : les premiers, les « hommes debout », correspondent aux personnes âgées qui se lèvent et se déplacent seuls tandis que les autres, ceux qui nous intéressent plus particulièrement dans ce mémoire, correspondent aux « hommes assis-debout », aux « hommes assis-couchés » ou aux « hommes-couchés ». Les hommes assis-debout sont capables de porter leur propre poids sur leur jambes, mais ont besoin d'aide pour pouvoir maintenir la station debout ou se déplacer. Ils représentent 30 % des personnes vivant en maisons de retraites médicalisées. Les « hommes assis-couchés » en représentent en moyenne 14%. Ce sont les grabataires d'autrefois, pour lesquels la verticalisation n'est plus possible mais qui peuvent être assis. Enfin, seul 1% des résidents font partie de la catégorie des « hommes-couchés ». Ce sont des personnes qui, pour des raisons médicales (fractures de colonnes, douleur), psychologiques (refus de se lever) ou à l'occasion de situations particulières (décès imminent), ne peuvent plus quitter le lit, ni même être assis dans celui-ci. Ainsi ces 3 dernières catégories d'hommes représentent presque la moitié des résidents en Ehpad et nécessitent l'aide d'une tierce-personne pour se déplacer.

## **2. Fonction d'une maison de retraite – Ehpad**

D'après l'INSEE, au 1<sup>er</sup> janvier 2012, en France métropolitaine, « 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8% des 60 ans ou plus ». Au-delà de 75 ans, 9 % des personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) (Insee, 2014).

Trois types d'hébergements permanents peuvent être proposés aux personnes âgées dépendantes suivant le niveau d'aide et de soins dont elles ont besoin. On retrouve par ordre croissant de niveau de médicalisation : les foyers-logements, les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée (USLD) (Marquier, 2013).

Les maisons de retraites sont des établissements qui accueillent des personnes de plus de 60 ans, pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable, en raison d'une perte partielle ou totale d'indépendance ou d'autonomie. Ils peuvent être publics ou privés. Ces structures ont pour fonction d'accompagner les résidents de manière globale et répondent notamment à un besoin d'accompagnement lors des activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, etc.). Elles proposent une surveillance et des soins médicaux et paramédicaux, réalisés par une équipe soignante sous le contrôle d'un médecin coordonnateur. Ces établissements proposent également des prestations hôtelières (hébergement en chambre individuelle ou collective, en logement, restauration, blanchisserie) déchargeant les personnes âgées ainsi que leurs proches de toute l'intendance quotidienne. Ils accueillent en général entre 50 et 120 résidents (CNSA, 2015).

En décembre 2011, 95 % des maisons de retraite avaient acquis le statut d'Ehpad en signant une convention « tripartite » avec l'Assurance maladie et le Conseil général. Par abus de langage, le terme d'« Ehpad » est souvent employé pour parler de l'ensemble des maisons de retraites. Fin 2011, les maisons de retraites certifiées Ehpad représentaient 76 % des places attribuées aux personnes âgées dépendantes en institution d'hébergement permanent (DREES, 2013). Le statut particulier d'Ehpad les engage, entre autre, à assurer aux personnes âgées une qualité de vie au sein de l'établissement (accessibilité, sécurité, hygiène) et la personnalisation de leur prise en charge (projet de vie individualisé, proposition d'activités adaptées, etc) (Muller, 2013)

### **3. Nécessité de pallier à la perte de mobilité sans négliger les potentialités des résidents**

L'objectif des soins gériatriques en Ehpad consiste à assurer aux résidents la meilleure qualité de vie possible, compte tenu de leur(s) maladie(s) et des éventuelles incapacités qui en découlent (Anesm, 2012). Il s'avère que le maintien de la mobilité a une part non négligeable dans la qualité de vie des personnes âgées (Anesm, 2010). Se mouvoir est une fonction essentielle de la vie (Abric & Dotte, 1998). Le mouvement, en particulier lors de la marche, permet le maintien de l'état de santé en sollicitant la plupart des fonctions de l'organisme. Il favorise notamment la calcification des os, le développement des muscles ou encore la circulation sanguine. De même, toutes les informations extéroceptives et proprioceptives intégrées par la personne lors du mouvement participent au maintien de son schéma corporel et de l'intelligence sensori-motrice (Gineste et Pellissier, 2007). Il a

ainsi été observé que « la stabilité des positions (...) peut atteindre l'intelligence conceptuelle (ou du moins ses capacités expressives) et favoriser les phénomènes de désorientation spatio-temporelle » (Gineste et Pellissier, 2007, p. 236). D'autre part, à travers les activités qu'elle permet, telles que la présentation de soi aux autres et l'indépendance de déplacement, la mobilité ne cesse de nourrir l'estime de soi et la confiance en soi (Gineste et Pellissier, 2007). Elle est donc essentielle au maintien de l'identité sociale de la personne âgée (Abric et Dotte, 1998).

La majorité des personnes âgées, si elles sont convenablement aidées peuvent continuer à se déplacer, à se mettre debout et à marcher. Nous sommes moins rapides et moins puissants en vieillissant mais nous pouvons conserver notre mobilité fonctionnelle à condition que « nous possédions certaines connaissances et que notre environnement ne nous en empêche pas » (Gineste et Pellissier, 2007, p. 96). Il faut également que la personne âgée trouve un certain plaisir à continuer à se déplacer par elle-même. C'est pourquoi les soignants doivent guider et encourager les résidents lors de leurs transferts quotidiens à hauteur de leurs capacités et de leurs motivations (Malet et Benchekroun, 2012). C'est cet accompagnement qui sera détaillé par la suite.

## **II. La manutention de personne**

### **1. Un soin à part entière**

C'est seulement à partir de 1965, que P. Dotte a pris l'initiative d'introduire le terme de « manutention » dans le domaine du soin, pour évoquer le « déplacement des malades et des personnes à mobilité réduite » par le personnel soignant. L'utilisation de ce terme peut paraître inadaptée, renvoyant à tort l'image d'un patient-objet que le professionnel doit déplacer. Cependant, de par son étymologie, du latin *manus* = main *et tenere* = tenir, cette appellation « s'avère parfaitement évocatrice de l'activité désignée » (Dotte, 2006).

La manutention de personnes englobe les courts déplacements du patient mais aussi ses changements de position et ses repositionnements. Elle ne se réduit pas à la simple opération de déplacer un corps mais permet de rendre possible une mobilisation, notamment lors de soins de base tels que les soins d'hygiène, d'alimentation et d'élimination (Malet et Benchekroun, 2012). Elle permet ainsi la satisfaction d'au moins

trois des 14 besoins fondamentaux de l'Homme décrit par V. Henderson<sup>1</sup>, à savoir, le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne posture, le besoin d'être propre, de protéger ses téguments, et le besoin de se vêtir et se dévêtir (Boittin, Lagoutte, & Lantz, 2002).

Selon les infirmiers M-F. Collière et B. Walter, l'ensemble des activités qui assurent la continuité de la vie comme se déplacer, ainsi que l'aide apportée à une personne soignée afin de pallier à un déséquilibre, relèvent du soin. Quant à Florence Nightingale<sup>2</sup>, elle caractérisait le soin comme une réponse à un besoin exprimé par un malade (cités par Malet & Benchekroun, 2012). Au regard de ces définitions, donner à la manutention de patient le statut de soin s'avère tout à fait adéquat. P. Dotte dira de la manutention qu'elle « fait partie intégrante des activités de soins » (Dotte, 2006). La manutention doit donc amener les soignants qui la réalisent à répondre à certaines exigences de qualité : elle doit être exécutée « de façon efficace, tout en préservant la sécurité du patient, mais aussi la santé du soignant. Il s'agit, en respectant la dignité du soigné, de limiter certains désagréments et/ou risques comme les situations d'inconfort, les douleurs, le stress, les chutes » (Malet & Benchekroun, 2012, p.6).

## **2. Un soin instrumentalisé**

P. Dotte distingue deux types de manutention, à savoir la manutention « manuelle » et la manutention dite « mécanisée » (Dotte, 2006). D'après l'article R4541-2 du code du travail, la manutention manuelle « exige l'effort physique » du travailleur. Elle peut être associée à l'utilisation d'équipements d'aide à la manutention à condition qu'ils ne soient pas mécanisés. Ainsi, la manutention manuelle est décrite comme « le soulèvement, le maintien, le déplacement et le transport de malades ainsi que les efforts exercés sur des matériels ou appareils. » (Brinon, 2005). La manutention mécanisée implique quant à elle l'emploi d'équipements de manutention mécanisés, tels que les lèves-personnes, qui tendent de plus en plus à être motorisés (Abric et Dotte, 1999).

Les articles R. 4541-1 à R. 4541-10 du code du travail obligent tout employeur à éviter, dans la mesure du possible, que les travailleurs aient recours à la manutention manuelle. Pour cela ils doivent prendre les mesures d'organisation appropriées et/ou mettre à disposition des employés des moyens adaptés tels que des équipements mécaniques. Ainsi

---

<sup>1</sup> A la fois infirmière, enseignante et chercheuse américaine, V. Henderson est à l'origine d'un modèle conceptuel des soins infirmiers basé sur l'indépendance du patient.

<sup>2</sup> Pionnière dans l'histoire des sciences infirmières

dès lors qu'il s'agit de manutention de patient, la question de l'utilité et de l'utilisation des équipements d'aide mécanisés est incontournable.

D'après M. Abric et P. Dotte (1999), il en existe quatre catégories. La première catégorie regroupe les aides manuelles conçues pour contribuer à l'économie d'effort du soignant tout en laissant une possibilité d'action à la personne âgée. On y retrouve des équipements permettant d'améliorer les prises et les saisies du patient ou bien des aides permettant des pivotements sans contrainte de torsion pour le soignant. La seconde catégorie est celle des « superstructures », c'est à dire des équipements servant de point d'appui ou de suspension pour le patient. Ces deux premières catégories d'équipements vont permettre la participation des patients lors du transfert en favorisant leur mobilité fonctionnelle et leur endurance, tout en assurant leur protection. Les rééducateurs les utilisent pour faciliter l'entraînement aux activités de la vie quotidienne car ces équipements représentent un fort potentiel de réhabilitation pour les patients (Darragh et al., 2013). M. Abric et P. Dotte les décrivent comme des aides « d'activation » de la personne âgée. La troisième catégorie comprend les accessoires dits de « glisse » permettant d'éviter les difficultés de déplacement du corps du patient et les lésions cutanées dues à un effet mécanique de friction/cisaillement. Enfin, la catégorie des aides de manutention mécanisées telles que les lèves-personne, est surtout indiquée pour les tâches de classe pondérale particulièrement répétitives. Ces deux dernières catégories d'équipement sont généralement utilisées pour mobiliser passivement les patients trop faibles pour participer au transfert lors des soins. Elles limitent alors les contraintes biomécaniques exercées sur les soignants : la capacité physique du soignant n'est plus un facteur limitant pour la réalisation des manutentions et les professionnels peuvent concentrer leur énergie sur d'autres aspects de l'accompagnement que "le port de charge".

### **3. Un soin qui comporte des risques de grabatisation pour les personnes âgées**

Actuellement, la majorité des résidents grabataires en institution subissent une invalidité iatrogène due à notre incapacité culturelle à nous appuyer sur les capacités restantes des personnes jusqu'à la fin de leur vie (Gineste et Pellissier, 2007). L'attitude des soignants qui consiste à tout faire « à la place » prive les personnes âgées de leurs mouvements, et les enferme dans une paresse neurologique puis dans une dégradation intellectuelle (Bleau et Poulin, 2001). A la réduction progressive et naturelle des

performances en lien avec la sénescence s'ajoutent des pertes induites par la non-utilisation des fonctions résiduelles (Gineste et Pellissier, 2007, p.95). Ce phénomène s'appelle le « vieillissement fonctionnel provoqué ». A long terme, il peut aboutir à un état de dépendance physique et psychique permanent et à une perte d'autonomie de la personne soignée pouvant aller jusqu'au syndrome de glissement (Malet et Benchekroun, 2012). Par ailleurs, s'ils ne sont pas suffisamment formés, les soignants sont susceptibles d'accomplir des gestes inadaptés provoquant une suite de désinformations sensori-motrices. Ces gestes risquent de conduire progressivement la personne âgée à la perte de ses schèmes moteurs et de la pousser à ne pas coopérer lors des transferts. Gineste et Pellissier expliquent ainsi : « Si pour l'aider à se lever, je place ma main dans son dos et exerce une pression, l'information que son cerveau reçoit est : « Je peux m'appuyer » et induit un réflexe : partir en arrière ! Si en revanche, le soignant attire délicatement le haut du corps de la personne vers l'avant, (...) l'information envoyée (...) provoquera des ordres moteurs qui conduiront la personne à s'appuyer sur ses jambes et à entamer le mouvement nécessaire pour se lever. » (Gineste et Pellissier, 2007, p240). De la même façon, l'usage des équipements d'aide au transfert, nécessite une réflexion particulière des soignants quant à ses effets pervers (Dotte, 2006), L'utilisation des équipements mécanisés peut constituer un frein au déplacement autonome des personnes âgées et encourager leur passivité lors des transferts (Darragh et al., 2013).

## **4. Le cadre réglementaire des manutentions**

### **4.1. Un soin délégué à l'aide-soignant**

Les articles R4311-3 et R.4311-5 du Code de la santé publique français stipulent que les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser le manque d'autonomie d'une personne, ainsi que les actes en rapport avec l'installation, le lever du patient et l'aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation, relèvent du rôle propre de l'infirmier. Néanmoins, sur la base du diagnostic infirmier, les infirmiers peuvent assurer certains actes et soins en collaboration avec les aides-soignants (Gineste et Pellissier, 2007). Conformément à l'Arrêté du 22 octobre 2005, un aide-soignant peut ainsi être amené à réaliser des manutentions de patient sous la responsabilité de l'infirmier. Il doit être capable, avec son soutien, d'aider une personne à se mobiliser au quotidien avec la plus grande autonomie possible, notamment en mettant à sa disposition du matériel adapté et en organisant l'espace. La manutention de patient constitue ainsi un

acte pluriquotidien pour les infirmiers et aides-soignants (Malet et Benchekroun, 2012). Il s'avère que cette tâche est fréquemment déléguée aux aides-soignants : lors d'une enquête dans sept CHU en 2009, le nombre moyen de patients manutentionnés par jour a été évalué à 11 pour les aides-soignants contre 7 pour les infirmiers (Caroly et al., 2009).

#### **4.2. La formation à la manutention des aides-soignants**

En France, la réglementation officielle relative au lever et au port de charges insiste sur la nécessité de formation des soignants à la manutention des patients (Dotte, 2006). D'après le référentiel de formation du diplôme d'aide-soignant, l'enseignement de la manutention est abordé sous la forme d'un module d'« ergonomie » de 35 heures. Il se présente sous la forme de cours théoriques et procéduraux, de mises en pratique, intégrant des notions de prévention des risques liés à l'activité physique et des techniques gestuelles (Malet et Benchekroun, 2012). Il y est stipulé qu'à l'issue de leur formation les aides-soignants doivent être capables d'identifier et appliquer les principes d'ergonomie lors des manutentions et des déplacements tout en tenant compte de l'état du patient, de sa pathologie éventuelle, de son degré d'autonomie, de ses besoins, ainsi que des différents appareillages médicaux. L'Article R4541-8 du code du travail oblige également tout employeur à former les salariés, dont l'activité comporte des manutentions manuelles. Au cours de ces formations, essentiellement à caractère pratique, les travailleurs apprennent les gestes et postures à adopter pour accomplir les manutentions en toute sécurité. En effet, ces soins ne représentent pas seulement des risques sur l'autonomie et l'indépendance des résidents, ils peuvent aussi avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé des soignants.

### **III. Les effets délétères des manutentions sur la santé des aides-soignants**

#### **1. Les difficultés rencontrées par les aides-soignants lors des manutentions**

##### **1.1. Des efforts physiques excessifs**

L'approche ergonomique des situations de soin a permis de mettre en évidence l'importance de la charge physique du travail de soignant en lien avec les soins de manutentions (Cazabat, Barthe, et Cascino, 2008). Ces derniers impliquent des contraintes



biomécaniques importantes sur le corps du soignant : ils sollicitent ses muscles, ses articulations, pour permettre la transmission de forces indispensables au soulèvement ou au déplacement du patient. Les conditions de la manutention imposent régulièrement aux professionnels d'adopter des postures délétères ou les contraignent à exécuter des mouvements préjudiciables pour leur santé, telles que l'association d'antéflexion et de torsion du rachis. Elles exigent du soignant d'aller au-delà des limites préconisées (Malet et Benckroun, 2012).

### **1.2. La pénibilité des conditions de travail**

En raison du contexte socio-économique actuel, la plupart des établissements de santé français, subissent des restrictions budgétaires importantes. Une volonté plus nette de maîtrise des coûts induit des ajustements drastiques du personnel de santé et une profonde réorganisation des soins (Douguet, Munoz, et Leboul, 2005). Les soignants travaillant en gériatrie sont confrontés à l'augmentation de la charge de travail et à des conditions de travail de plus en plus délétères (Mangin, 2014). Cela entretient une pénurie de personnel (Cazabat et al., 2008) dans un contexte où le besoin en soin ne cesse d'augmenter (Muller, 2013). Les ratios d'encadrements rapportés au nombre de lits « occupés » sont anormalement bas pour le personnel soignant en Ehpad. Ce manque de personnel associé aux contraintes de temps qui leur sont imposés rendent alors difficile l'exécution d'un soin de qualité (Mangin, 2014). Dans certaines situations, ne pas faire « à la place » du résident tout en restant dans les temps est presque impossible : pour réaliser son transfert par elle-même, la personne âgée a besoin de plus de temps que ne peut lui accorder le soignant. C'est pourquoi les professionnels se cantonnent parfois au strict minimum réalisable (Cazabat et al., 2008).

### **1.3. Un défaut de connaissance concernant les capacités des résidents**

Pour faciliter l'engagement d'un patient lors d'un soin de manutention « Tout l'art consiste, pour le soignant, à construire la relation en tenant compte de la singularité de la personne » (Malet et Benckroun, 2012, p.5). Les capacités physiques et cognitives et la motivation sont très différentes d'une personne à l'autre et d'un moment à l'autre. Si elles ne sont pas évaluées ou non prises en compte, la coopération du résident risque de faire défaut (Malet & Benckroun, 2012). Cette évaluation est réalisée à l'aide du diagnostic infirmier. Ce diagnostic informe de l'état de santé et l'état fonctionnel de la personne, de

son désir de mieux-être, des risques de survenue de problèmes de santé, des stratégies d'adaptation mises en place et des réactions du patient au traitement. Il résulte de l'analyse d'informations issues de sources variées (entretiens, examens physiques, observations, etc.) (Carpenito, 1995). A partir de ces éléments, les infirmiers réalisent ensuite un plan de soin qu'ils transmettent aux équipes aides-soignantes. Or « A l'heure actuelle, la majorité des aides-soignantes, (...) accomplissent un prendre-soin qui n'a pas été guidé par le regard infirmier, qu'elles doivent donc ajuster seules » (Gineste et Pellissier, 2007, p. 199) car « environ 70% des patients, dans les services de long séjour, ne sont jamais vus par les infirmières durant les soins dits « de base » (Gineste et Pellissier, 2007, p. 198). Leurs diagnostics auraient pourtant leurs intérêts car les aides-soignants sont confrontés à une grande fluctuation de la motivation des personnes âgées qui s'accommodent difficilement aux efforts qu'on leur demande (Abric et Dotte, 1999).

#### **1.4. Le manque de coopération de certains résidents**

D'après un rapport de la DRESS en 2011, 16 % des résidents en Ehpad sont déclarés « opposants » et 9 % « démissionnaires » lors des soins (Perrin-Haynes, 2011). Ces comportements d'opposition sont dus en partie à une méconnaissance des soignants. En effet, les tâches de manutention exigent de la part du soignant un mode précis de communication avec le bénéficiaire, essentiellement non verbale, à travers la qualité des saisies et des prises (Gineste et Pellissier, 2007). Involontairement, les aides-soignants réalisent certains gestes qui peuvent être interprétés comme des agressions par les personnes âgées, particulièrement auprès des personnes atteintes de démence ou de syndrome cognitivo-mnésiques ayant de plus grandes difficultés à comprendre la situation (Gineste & Pellissier, 2007). L'affect négatif et la peur générée va provoquer une réaction de rejet du résident à l'encontre du soignant se manifestant par une escalade d'agitation verbale et physique (Poulin et Bleau, 2011). De même, les manifestations de certains syndromes gériatriques observées lors de syndrome de désadaptation psychomotrice, telles que l'hypertonie oppositionnelle, ne sont pas toujours comprises et suffisamment anticipées par les aides-soignants lors des manutentions. Ceci est susceptible d'engendrer des astreintes biomécaniques d'autant plus importantes sur le corps des soignants. La manutention peut se transformer en un moment difficile à vivre à la fois pour le soigné et le soignant et induire chez le soignant des émotions préjudiciables telles que la colère, le sentiment d'impuissance et de culpabilité (Malet et Benchekroun, 2012). Il est reconnu que

les soignants œuvrant auprès de patients atteints de démence sont davantage stressés et fatigués (Poulin et Bleau, 2011) et que le comportement du patient est déterminant dans la survenue d'accidents du travail (Malet et Benchekroun, 2012).

### **1.5. Difficultés liées aux équipements d'aides à la manutention**

D'après Caroly et al. (2009), les modalités d'utilisation des équipements d'aide à la manutention sont perçues comme difficiles par le personnel soignant. Ils sont confrontés notamment à un manque d'accessibilité des environnements de travail. Or, lorsque les équipements doivent être déplacés d'une chambre à l'autre ou qu'ils ne sont pas adaptés à l'environnement dans lequel ils sont utilisés (espaces encombrés ou étroits), ils ne diminuent pas toujours la demande physique de la manutention (Darragh et al., 2013). Par ailleurs, les soignants souffrent d'un réel manque de formation et d'information quant à l'utilisation de ces équipements. Ceci est majoré par le turn-over important des aides-soignants en Ehpad (Brinon, 2005). Choisir le sens du hamac sur un lève-personne n'est pas évident de prime abord. Les professionnels ne le disposent pas toujours correctement ce qui fait perdre du temps et surtout engendre des manutentions supplémentaires lors du repositionnement. Par ailleurs, faire le choix d'un équipement relève d'un processus de prise de décision complexe et hautement individualisé (Darragh et al., 2013). Il doit tenir compte à la fois les caractéristiques du patient (capacités, présence de plaies, comportements), de l'environnement dans lequel il va être utilisé, du temps nécessaire à son utilisation ainsi que de ses caractéristiques propres (ses indications, ses limites d'utilisation). Caroly et al. (2009) ajoutent qu'« il ne suffit pas de connaître l'usage de l'outil. Il faut comprendre son utilisabilité par rapport à l'activité, qui consiste à faire des choix dans son utilisation, à le modifier en fonction des situations rencontrées ». Or les soignants adoptent des stratégies qui ne sont pas toujours adaptées aux situations rencontrées, ni protectrices quant au risque lombaire et au gain de temps (Brinon, 2005). Par conséquent, la surestimation des difficultés d'utilisation, souvent liée à un manque de formation et couplée au sentiment de perte de temps, conduit le collectif de soignants à construire des normes de manutention sans aide technique (Caroly et al., 2009). Cette sous-utilisation du matériel à disposition trouve aussi son origine dans sa non-adéquation aux critères de dépendance des patients (poids, capacités mentales, etc.) ou dans des conditions organisationnelles ne favorisant pas son utilisation (manque de personnel, difficultés de coordination) (Caroly et al., 2009). D'autre part, l'introduction d'un instrument d'aide à la

manutention interroge les fondements même du métier de soignant. Elle crée une certaine distance physique entre le soignant et le soigné, s'opposant à l'image professionnelle du soignant qui touche, soutient l'autre, tout en gardant une attitude bienveillante. Elle pose alors la question de la « dimension subjective de l'activité » (Caroly et al., 2009).

### **1.6. Des formations à la manutention inadaptées aux exigences du terrain**

Réaliser un soin de manutention demande au professionnel d'intégrer l'ensemble des déterminants de l'activité afin de décider d'un mode opératoire à entreprendre à un instant précis. Sa manière de travailler se construit avec l'expérience, en fonction des conditions d'apprentissage dans lequel il est placé, et en fonction des conditions d'exécution du travail qu'il rencontre (ARS Haute-Normandie et ARACT Haute-Normandie, 2013). Les formations classiquement proposées, dites « gestes et postures », se bornent à un enseignement de principes de manutention sécuritaire, basés sur un modèle standardisé pas toujours adapté à la variabilité des personnes rencontrées et éloigné de la réalité des situations de travail (Hollenstein, 2013). Elles « font bien souvent l'impasse sur la façon d'articuler les différentes connaissances acquises avec les informations recueillies au moment du soin » (Malet et Benchekroun, 2012,p7 ). Or, « appliquer des solutions qui ont fonctionnées ailleurs, sans analyse préalable, se solde souvent par un échec : matériel non utilisé car mal adapté, risque déplacé, surcoût pour corriger la situation après-coup. » (ARS Haute-Normandie & ARACT Haute-Normandie, 2013). De plus, l'éducation gestuelle proposée lors de ces formations reste orientée vers une finalité de productivité et non pas vers un processus de maintien de la santé. Elle renvoie aux travailleurs une image négative d'eux-mêmes en les confrontant à leurs limites physiques et les conforte dans la représentation d'un idéal inaccessible. (Hollenstein, 2013). Il n'est donc pas étonnant que ces formations se révèlent peu efficaces (Legault, 2001). Par ailleurs, les études scientifiques sont unanimes : à elles seules, les formations aux transferts sécuritaires des bénéficiaire, n'ont quasiment aucun impact sur la baisse des accidents du travail (Nelson, Fragala, et Menzel, 2006). Ceci est d'autant plus vrai en raison des contraintes socio-économiques ne permettant plus de disposer de temps suffisants pour former les professionnels et les maintenir opérationnels (Dotte, 2009).

## **2. Les risques des manutentions sur la santé des aides-soignants**

### **2.1. Le risque d'épuisement professionnel et d'insatisfaction des aides-soignants en Ehpad**

La manutention est « un acte dont la complexité mobilise différentes sphères du manutentionnaire à la fois biomécanique, cognitive, relationnelle et subjective » (Malet et Benchekroun, 2012, p. 4) et qui ne s'improvise pas. L'inadéquation entre les exigences de la tâche à accomplir et la capacité des professionnels à y répondre provoque un stress professionnel important (Cazabat et al., 2008) et un épuisement professionnel majeur (Mangin, 2014). Malgré leur investissement professionnel, les résultats ne sont pas toujours à la hauteur de leurs attentes. Ils sont en contradiction avec leur éthique professionnelle et conduisent au mal-être des soignants (Malet et Benchekroun, 2012). Ces phénomènes sont d'autant plus marqués pour les aides-soignants qui disposent d'une faible autonomie pour réorganiser leur actions et agir sur l'organisation de leur travail (Caroly et al., 2009).

### **2.2. Un risque important de survenue de troubles-musculo-squelettiques**

D'après Malet & Benchekroun (2012) le soin de manutention est considéré comme une acte déterminant dans la survenue de Troubles Musculo - Squelettiques (TMS) chez le personnel soignant, c'est-à-dire d'un « ensemble d'affections des tissus mous péri-articulaires (muscles, tendons, micro-vascularisation, nerfs) » (Atain Kouadio et al., 2006, p. 3). En effet, le contexte actuel dans lequel les manutentions de personnes âgées sont réalisées par les aides-soignants en Ehpad réunit les trois types de facteurs de risque pouvant contribuer à la survenue de ces pathologies, à savoir :

- des facteurs physiques tels que des exercices de force, des mouvements répétitifs, et des postures inconfortables ;
- des facteurs de risque organisationnels et psychosociaux tel qu'un travail exigeant apportant peu de satisfaction professionnelle, réalisé dans un contexte de faible soutien de la part des collègues et de manque de contrôle sur la tâche accomplie ;
- des facteurs individuels comme l'avancée en âge et le fait d'être une femme, la population aide-soignante étant de plus en plus vieillissante et majoritairement féminine (Villeneuve, 2011)

Au stade initial les TMS se caractérisent par des douleurs et une gêne fonctionnelle (perte de mobilité et/ou de force) qui apparaissent pendant l'activité exercée et qui disparaissent le soir, au repos (Assurance Maladie, 2016). Puis, en l'absence de prise en charge médicale précoce et si les facteurs ayant favorisés leur apparition ne sont pas corrigés, des lésions constituées sont susceptibles d'apparaître et les douleurs ou gênes peuvent devenir chroniques (Caroly et al., 2009). La manutention génère plus particulièrement des atteintes au niveau du tronc et des membres supérieurs (Villeneuve, 2011), les lombalgies étant très fréquentes (Villeneuve, 2006). Un processus de déconditionnement peut se mettre en place du fait des douleurs occasionnées et les pertes de capacités peuvent être très handicapantes au quotidien. Elles impactent la qualité de vie privée mais aussi professionnelle des soignants (sommeil perturbé, moral affecté, limitation d'activité) (ARS Haute-Normandie & ARACT Haute-Normandie, 2013).

Par ailleurs, les TMS survenues suite aux mobilisations de personnes âgées dépendantes se révèlent être la première cause d'arrêt de travail et d'inaptitude du personnel soignant exerçant en Ehpad en France (INRS, 2012). En plus des risques importants d'exclusion professionnelle qu'elles engendrent pour le personnel soignant (ARS Haute-Normandie & ARACT Haute-Normandie, 2013), ces pathologies ont de nombreuses conséquences sur les établissements de santé : elles engendrent des baisses de performance, de l'absentéisme, une désorganisation du travail, mais aussi une mauvaise image de l'entreprise et une dégradation du climat social. Elles représentent alors un coût financier important aussi bien pour les établissements que pour le système de santé (INRS, 2011).

Face à ces problématiques, de nouvelles manières de prévenir les risques liés à la manutention se développent. Le chapitre qui suit met l'accent sur ces dernières, plus particulièrement sur l'apport de l'ergothérapeute.

## **IV. L'apport de l'intervention d'un ergothérapeute dans la prévention des risques liés à la manutention des personnes âgées dépendantes**

### **1. L'ergothérapeute, son rôle dans la manutention des résidents**

## **1.1. Présentation du métier d'ergothérapeute**

Professionnel du champ sanitaire et social, l'ergothérapeute s'avère être un intervenant incontournable dans le processus de rééducation, réadaptation et de réinsertion des personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge (Driessen, 2009). La spécificité de l'ergothérapeute, par rapport aux autres professionnels paramédicaux, est son intérêt central pour l'« occupation » (Cynthia Zhang, McCarthy, & Craik, 2008), c'est-à-dire pour « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne qui sont définies, organisées et valorisées par les individus et la culture qui leur est associée » (Townsend et al., 1997, p3 ). Il considère que l'occupation se trouve à la base du bien-être des individus car elle leur permet de donner un sens à leur vie et d'exercer un contrôle sur leur existence (Townsend et al., 1997). L'ergothérapeute l'utilise comme un moyen mais aussi comme un objectif thérapeutique visant la participation réelle des personnes (Morel-Bracq, 2009). Par une approche centrée sur la personne et sa réhabilitation, il cherche à guider et soutenir la personne tout au long de la démarche qui lui permettra de choisir, d'organiser et d'accomplir avec le plus d'autonomie et d'indépendance possible, les occupations qu'elle considère utiles ou significatives dans son milieu de vie (Townsend et al., 1997 ).

## **1.2. Mission spécifique de l'ergothérapeute auprès des aides-soignants**

La prévention de la désadaptation motrice et la réadaptation de la mobilité et des transferts font partie des missions spécifiques de l'ergothérapeute en Ehpad (Driessen, 2009). Cependant, les entraînements au transfert qu'il propose, souvent en collaboration avec le kinésithérapeute, ne sont pas suffisants pour préserver les capacités motrices des personnes âgées (Gineste et Pellissier, 2007). Un transfert et une consolidation des acquis lors des actes de la vie quotidienne sont nécessaires (Melon, 2014). Il s'avère que 90 % du temps où les résidents sont en relation avec des soignants est occupé par des soins de base réalisés notamment par les aides-soignants. Ceux-ci pourraient constituer des moments propices aux personnes âgées pour s'entraîner à mobiliser leurs capacités (Gineste et Pellissier, 2007).

Pourtant, l'inadéquation entre les exigences des soins de manutention, l'environnement dans lesquels ils sont réalisés et les ressources dont disposent les aides-soignants pour accompagner les résidents limite particulièrement la participation des personnes âgées lors des transferts. Un des rôles de l'ergothérapeute en Ehpad est donc

d'intervenir auprès des équipes soignantes afin de prévenir les restrictions de participation des résidents (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie, n.d.). Cette démarche d'éducation, de formation et de conseil fait partie du référentiel de compétences de l'ergothérapeute (Ministère de la santé et des sports, 2010) : il est habilité à « Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle » (compétence 7) mais aussi à « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs » (compétence 9) et à « Former et informer » les autres professionnels (compétence 10). Actuellement, certains ergothérapeutes ont déjà des missions de formation et de conseil concernant la manutention auprès des aides-soignants : certains les rencontrent à titre d'enseignant dans le cadre de leur module d'ergonomie (Briquet, 2007) tandis que d'autres apportent un soutien directement sur le terrain aux aides-soignants travaillant en établissement ou intervenant à domicile (Briquet, 2007; Charreyron, 2013).

### **1.3. Les compétences et outils de l'ergothérapeute utiles aux aides-soignants lors des manutentions**

#### *Le diagnostic ergothérapeutique*

D'après son référentiel de compétences, l'ergothérapeute se révèle être un professionnel de choix pour évaluer une situation de handicap : il « évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie » (Ministère de la santé et des sports, 2010). Afin de déterminer le niveau d'aide nécessaire à une personne âgée dépendante pour réaliser ses transferts, il met en parallèle les exigences de l'activité de transfert et les habiletés de la personne à la réaliser de manière satisfaisante (Townsend et al., 1997).

Il évalue : ses capacités sensorielles, motrices et sensori-motrices nécessaires au transfert (dimension physique) ; ses capacités cognitives et intellectuelles, telles que sa compréhension, sa mémorisation des indications du soignant (dimension cognitive) ; ses aptitudes sociales et affectives, qui influencent ses réactions émotionnelles et son comportement lors des manutentions (dimension affective); ce qui oriente les choix de la personne âgée, ses valeurs et croyances personnelles (dimension spirituelle) : cela peut



correspondre par exemple à la motivation de la personne âgée à réaliser son transfert ou aux raisons de son refus de participer lors des manutentions.

D'autre part, les ergothérapeutes considèrent qu'il est futile de considérer les performances d'une personne sans tenir compte du contexte dans lequel le rendement occupationnel se produit (Townsend et al., 1997). Ils réalisent des évaluations écologiques, c'est-à-dire au plus près des conditions dans lesquelles se réalisent les transferts, afin d'identifier les composantes de l'environnement influençant la participation du résident (Guihard, 2014). Il recherche les éléments physiques, institutionnels, culturels et sociaux qui seront facilitateurs ou feront obstacles à son engagement lors des transferts. La composante physique de l'environnement correspond aux éléments naturels et construits, comme la topographie des lieux ou les aides techniques qui peuvent être proposées aux résidents lors des transferts. La composante institutionnelle fait référence aux éléments politiques, économiques et légaux qui encadrent la manutention et qui sont gérés en grande partie par la direction de l'établissement. La composante culturelle se rapporte aux aspects éthiques et routiniers de l'activité réalisée. Elle correspond, par exemple, au rôle qu'attribuent certains résidents aux soignants, censés selon eux, tout faire à leur place lors des transferts. La composante sociale quant à elle, comprend les éléments sociaux de l'environnement, et notamment le type de rapport établi entre les soignants et le bénéficiaire. (Townsend et al., 1997). Toutes ces informations recueillies par l'ergothérapeute lui permettent d'élaborer un diagnostic ergothérapique qui sera la base de toutes ces interventions.

#### *Préconisation d'aides techniques et d'aménagement de l'environnement*

A partir de son diagnostic, l'ergothérapeute est habilité à préconiser des aides techniques et assistance technologique afin de favoriser la participation des personnes (Ministère de la santé et des sports, 2010). Il est naturellement amené à conseiller le personnel soignant sur le choix des équipements d'aide aux transferts employés et sur la manière de les utiliser (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie, n.d.). Il peut aussi participer au choix et à l'essai d'équipement en vue de leur achat par l'établissement, et transmettre des remarques au revendeur sur la conception de ses produits. L'ergothérapeute peut également concevoir et conduire des projets d'aménagements de l'environnement permettant un retour à l'activité. Ainsi, il peut donner des conseils sur la disposition des différents éléments (lit, lève-personne) et participer aux

éventuels projets d'aménagement de l'Ehpad en faisant des préconisations pour que ces aménagements facilitent et sécurisent la réalisation des transferts des résidents.

### *Expertise vis-à-vis des techniques de réactivation ergomotrices*

Afin d'assurer le maintien des schémas moteurs de la personne âgée, l'ergothérapeute est amené à organiser des ateliers d'activités physiques et à employer des techniques de réactivation dites ergomotrices (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie, n. d.). Ces dernières, basées sur l'observation des gestes et postures lors de l'activité, ont pour objectif de supprimer tous les gestes inutiles, consommateurs d'énergie et gênant l'efficacité de l'action accomplie (Gendrier, 2102). Ainsi, l'ergothérapeute est en mesure de transmettre aux autres professionnels l'art et la manière d'exploiter les gestes et mouvements des résidents. Il insiste sur les éléments nécessaires pour comprendre et réagir aux réactions potentielles des résidents et pour assurer leur réhabilitation, à savoir « la qualité de l'ajustement, du soutien psychologique et de l'information ; la gestion de l'équilibre et des déséquilibres, la qualité des saisies » (Gineste & Pellissier, 2007, p. 241 ). Il apporte aussi aux aides-soignants des conseils sur les postures et les techniques d'économie gestuelle qu'ils pourraient employer lors des manutentions afin de prévenir l'apparition des troubles musculo-squelettiques (Ministère de la santé et des sports, 2010)

## **2. De nouvelles approches de la manutention axées sur la prévention n'impliquant pas spécifiquement l'ergothérapeute**

### **2.1. Une politique institutionnelle orientée vers zéro soulèvement manuel**

En Amérique du Nord, les avis des scientifiques et praticiens du secteur de la santé sont unanimes quant aux stratégies de prévention des problèmes de santé psychologiques et d'efforts excessifs au travail reliés aux manutentions de personnes : pour être efficace, il faut implanter un programme de prévention permanent, intégré à la politique de l'établissement et orienté vers une réduction au maximum du soulèvement manuel des bénéficiaires. (Villeneuve, 2006). C'est l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) qui a initiée depuis 1988 au Canada cette approche globale de la situation de travail en proposant des « programmes de zéro soulèvement manuel ». Ceux-ci intègrent des formations du personnel basées sur les principes suivant : ne jamais soulever manuellement les personnes mais plutôt les faire

« glisser, rouler ou pivoter », adapter sa stratégie d'exécution en fonction du niveau d'assistance requis et utiliser les équipements d'aides le plus souvent possible (Villeneuve, 2011). Un ensemble de mesures concrètes, soutenues par la direction et menée par un « leader organisationnel », doivent accompagner ces formations afin qu'elles soient efficaces : la fourniture d'équipements performants en nombre suffisant, leur entretien, ou encore l'aménagement de l'établissement, en particulier des chambres, toilettes et salles de bain pour permettre l'utilisation adéquate de ces équipements (Villeneuve, 2006). En effet, pour prévenir efficacement les risques liés à la tâche de manutention il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des éléments constituant les interactions entre la tâche, le contexte de travail dans lequel elle est réalisée, et les personnes impliquées (Villeneuve, 2011). Cette approche globale a permis d'atteindre une partie des principaux objectifs de prévention en milieu de santé au Canada (Villeneuve, 1999). Il a été démontré que la mise en place d'un « programme zéro soulèvement manuel », assure aux établissements de santé un retour sur investissement après deux à quatre ans car il permet une réduction importante de l'incidence mais aussi de la gravité des troubles musculo-squelettiques chez le personnel soignant (W. Collins & N. Menzel, 2006).

## **2.2. L'intervention d'experts sur le terrain pour soutenir les professionnels de soin**

Pour faire face aux difficultés des soignants en lien avec la manutention, certaines interventions ont déjà été expérimentées. L'ASSTSAS insiste notamment sur l'importance pour le personnel soignant d'avoir de l'aide rapidement lors des situations problématiques et notamment de coach sur le terrain. Elle préconise des équipes disponibles sur les trois quart du temps de travail pour résoudre les problèmes au fur et à mesure » (Villeneuve, 2011). Les formations aux Principes pour le Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires (PDSB) et à l'Approche Relationnel de Soins (ARS), que propose cette association, sont en fait des formations d'instructeurs : elle forme certains soignants pour qu'ils puissent soutenir et former leurs collègues par la suite. De même, une autre approche a été expérimentée aux Etats-Unis et au Canada avec les « Lifting-Team ». Ce sont des équipes de 2 à 3 agents, spécialisés dans le transfert des bénéficiaires sans soulèvement manuel, qui sont embauchés à temps pleins pour venir en aide aux équipes de soin lors de transferts lourds et complexes. L'évaluation de ce dispositif dans un hôpital aux Etats-Unis a montré une réduction de 60 % des accidents du travail liés au transfert de patients en 2 ans. Le

personnel et son encadrement ont également manifestés une grande satisfaction vis - à - vis de ce dispositif, déclarant une plus grande sécurité des transferts (90%), une baisse des maux de dos (88%), des transferts plus satisfaisants pour les bénéficiaires (63%) et un « meilleur moral » au travail (58%) (Villeneuve, 2005).

### **2.3. La recherche d'une plus grande participation des résidents lors des transferts**

Le kinésithérapeute P. Dotte et l'ergothérapeute M. Abric ont développé en France une méthode ergomotrice, intitulée « Gestes et activation pour personnes âgées » (G.A.P.A.), et enseignée aux professionnels en situation réelle de travail. Les soignants apprennent les gestes à employer ou à éviter mais aussi comment utiliser les instruments d'aide à la manutention dans l'objectif de favoriser la participation des personnes âgées. « Très tôt, il est apparu que cette méthode avaient un impact qui allait au-delà de l'objectif sécuritaire premier. (...) elle apportait une contribution patente à la qualité du soin tant du point de vue technique que relationnel » (Abric & Dotte, 1998, p8).

Depuis quelques années des approches plus « relationnelles » de la manutention se sont également développées à partir de la Méthodologie des soins Gineste-Marescotti. On retrouve en France la formation « La Manutention Relationnelle » et depuis 2003, au Canada, les formations à l'ARS. Les professionnels apprennent à donner des consignes claires et efficaces à la personne pour qu'elle exécute par elle-même des gestes de soin, mais aussi à limiter les mauvaises réactions des patients par des observations fines de leurs réactions et des interventions judicieuses verbales et non verbales (Villeneuve, 2011). Comme le souligne Douguet et al., lorsqu'il s'agit de travail auprès d'humain, il n'y a « pas d'efficacité technique sans relationnel, pas de relationnel sans maîtrise technique » (Douguet et al., 2005, p109). Les compétences relationnelles des soignants contribuent ainsi à l'établissement d'une relation de confiance qui semble indispensable pour que les résidents soit coopérants lors des soins en dépit de leurs incapacités et leur faible motivation (Malet & Bencheckroun, 2012).

## **3. Intervention de l'ergothérapeute auprès des aides-soignants lors des manutentions quotidiennes des résidents**

### **3.1. Une modalité d'intervention adaptée aux problématiques rencontrées**

Au regard des chapitres précédents, l'ergothérapeute semble pouvoir assumer parfaitement le rôle de « leader organisationnel » de la mise en place de mesures préventives des risques inhérents à la manutention au sein d'un Ehpad. A l'instar des lifting-team, l'ergothérapeute pourrait intervenir de manière écologique auprès des aides-soignants pour les aider à ajuster le degré d'accompagnement des résidents. Il assisterait aux manutentions posant des difficultés, afin d'informer les soignant des capacités résiduelles des résidents, des éventuelles conséquences de leur pathologie et d'apporter des préconisations adaptées pour favoriser leur participation (aides-techniques, aménagement, conseil d'activation). Les aides-soignants pourraient ainsi « mettre à profit l'évaluation et les conseils de l'ergothérapeute » (Bleau et Poulin, 2001, p.13).

Puisque le lien entre les connaissances et l'action ne se dessinent qu'en cours d'exécution du soin (Malet et Benckroun, 2012), il semble judicieux que l'ergothérapeute intervienne directement auprès des aides-soignants, dans les conditions réelles de travail, pour mieux comprendre leurs difficultés et leur apporter des conseils personnalisés. Ceci lui permettrait également d'assurer le lien entre les besoins des aides-soignants, des résidents et les mesures mises en place par la direction de l'établissement. Il pourrait, par exemple, cibler des besoins particuliers pour certains patients et justifier auprès de la direction de la nécessité de réorganiser le travail des aides-soignants afin qu'ils soient plus aptes à le réaliser (temps supplémentaire accordé aux professionnels, nombre de professionnels présents, etc.).

### **3.2. Bienfaits potentiels de ce type d'intervention sur la santé des résidents et des aides-soignants**

Au sein des établissements de santé, les objectifs de prévention des risques pour les soignants se surajoutent aux objectifs de soins sans véritable articulation entre les deux dimensions (Malet et Benckroun, 2012). Pourtant, si l'on apporte une aide adaptée aux besoins du résident pour exploiter au maximum ses capacités de mouvement au quotidien, cela contribue à maintenir son autonomie fonctionnelle et permet aux soignants de conserver leur énergie en évitant des efforts excessifs. (Bleau et Poulin, 2001). Cela favorise également l'établissement d'une relation de confiance avec les résidents.

Les soignants ne peuvent être satisfaits de leur travail que s'il leur offre des contacts intéressants avec les autres et s'ils en voient l'utilité et le bien-fondé (Bleau et Poulin, 2008). En prenant conscience des bienfaits de la participation du résident lors des transferts, ils retrouvent le sens du « prendre soin », cœur de leur métier (Malet & Benchekroun, 2012). Le travail est vécu différemment, conférant aux soins la chaleur et l'humanisme qui en font la qualité (Gineste et Pellissier, 2007). Ce type d'approche basée sur le plaisir de prendre soin de la personne âgée pour arriver au prendre soin de soi, permettrait « d'effacer l'image de la tâche ingrate et enfin considérer la manutention comme un moyen de construction de la santé et un outil de développement personnel ». (Malet et Benchekroun, 2012)

# QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES

---

Les apports théoriques développés précédemment nous ont permis de mieux cerner les problématiques inhérentes à la manutention des résidents en Ehpad. Ils expriment un besoin de promouvoir de nouvelles manières d'aborder cet accompagnement des résidents pour prévenir le risque majeur qu'il représente pour la santé des professionnels et des personnes âgées. Les formations classiquement proposées aux aides-soignants ayant montrées leurs limites, il semble nécessaire de se diriger vers des interventions qui prennent davantage en compte les soins de manutention dans leur globalité. En outre, l'ergothérapeute semblerait disposer de toutes les compétences nécessaires pour répondre aux difficultés rencontrées par les aides-soignants sur le terrain. Ainsi la question de recherche et les hypothèses de ce mémoire ont été formulées ainsi :

**En quoi l'intervention d'un ergothérapeute, lors des manutentions quotidiennes de personnes âgées dépendantes en Ehpad, améliorerait la performance et la satisfaction professionnelle des aides-soignants à réaliser les manutentions ?**

**Hypothèse principale** : L'ergothérapeute permet aux aides-soignants de répondre plus facilement aux exigences du soin de manutention en leur donnant les moyens de favoriser la participation des résidents lors de leurs transferts.

**Hypothèses secondaires** :

L'ergothérapeute apporte un diagnostic précis des capacités fonctionnelles et de la motivation de la personne âgée à réaliser son transfert ce qui facilite la mise en place de moyens de manutention adaptés à chaque résident par les aides-soignants.

Par son analyse des éléments environnementaux favorisant ou limitant la participation des résidents lors des transferts et la réalisation des manutentions, l'ergothérapeute est en mesure de préconiser des aménagements à la direction de l'établissement pour que les aides-soignants puissent réaliser ce soin dans de meilleures conditions.

En se rendant disponible pour répondre aux problématiques rencontrées par les aides-soignants lors des manutentions, l'ergothérapeute soutient l'appropriation des techniques d'activation des personnes âgées par les aides-soignants et l'utilisation appropriée des équipements d'aide au transfert.

# **PARTIE METHODOLOGIQUE**

---

## **I. Population cible et lieu d'investigation**

Les professionnels qui ont été interrogés sont des binômes ergothérapeute / aide-soignant travaillant en collaboration au sein d'Ehpad. Seuls les ergothérapeutes intervenant auprès des aides-soignants lors des manutentions quotidiennes et les aides-soignants ayant bénéficiés de ce type d'intervention ont été ciblés. Les ergothérapeutes réalisant uniquement des actions de formations ponctuelles ont donc été exclus.

La recherche des professionnels a été délimitée au territoire de la France métropolitaine. Les années d'expérience des professionnels, le nombre de jours de présence et le nombre d'interventions des ergothérapeutes auprès des aides-soignants par semaine n'ont pas fait partie des critères de sélection des participants. Cela permettait de recueillir des données sur des modalités d'interventions variées.

## **II. L'outil d'investigation utilisé : l'entretien semi-directif**

### **1. Choix de l'outil**

L'outil d'investigation employé a été l'entretien semi-directif. Cette méthodologie de recherche a été préférée au questionnaire car elle permet de recueillir des données qualitatives plus approfondies sur l'avis des professionnels. Elle donne en particulier la possibilité de poser davantage de questions ouvertes aux participants et de rebondir sur leur propos (Tétreault et Guillez, 2014). Lors des entretiens, les professionnels ont été amenés à décrire leur pratique, les modalités, les intérêts et les limites des interventions de l'ergothérapeute lors des manutentions quotidiennes. Ils étaient également amenés à donner leur avis sur certains points avancés par la théorie. Il a été choisi de recueillir le témoignage des binômes par entretien individualisé pour pouvoir confronter certains de leur propos lors de l'analyse et adapter les questions à chaque profession. Cela permettait également de limiter certains biais de réponses sur des questions où les professionnels devaient évaluer l'efficacité de la pratique de leur collègue. Ils pouvaient ainsi donner leur véritable opinion sans craindre de les blesser.



## **2. Construction de l'outil**

Deux trames de questions ont été élaborées afin de balayer l'ensemble des éléments de la recherche. (Annexe V et VI). Chacune correspond à une profession. Elles abordent les mêmes thèmes mais certaines questions sont formulées différemment afin de s'adapter aux problématiques et au vocabulaire de chaque corps de métier. Elles sont composées de 6 thèmes principaux. Le premier aborde des informations générales sur la personne et son contexte de travail, puis en s'appuyant sur la théorie : l'évaluation de l'aptitude du résident à réaliser son transfert, l'évaluation des éléments environnementaux influençant la participation du résident lors des transferts, les moyens de favoriser la participation du résident lors des transferts, les actions de l'ergothérapeute sur le terrain et l'efficacité de ces interventions quotidiennes. Lors de l'élaboration des trames d'entretien des annotations en italique ont été ajoutées : ce sont des informations qui étaient susceptibles d'être dites aux participants s'ils ne comprenaient pas suffisamment bien la question posée. Cela permettait d'éviter un biais de réponse lié à un indicage différent entre les professionnels.

Parallèlement, 2 grilles d'analyse ont été construites (Annexe XIII et XIV). Ces grilles quasiment identiques, reprennent les thèmes et sous questions des trames d'entretiens. Une grille de « méta-analyse » (Annexe XV) a également été créée afin de synthétiser les données recueillies et d'en avoir une vision plus globale. Elle a permis de confronter les réponses à la fois entre professionnels du même corps de métier, et entre professionnels de professions différentes.

## **3. Aspects éthiques**

Une lettre d'information et un formulaire de consentement ont aussi été créés afin d'informer les participants de l'objectif de l'étude, des modalités d'entretien et d'exploitation des données enregistrées (Annexes III et IV). De même un codage a été élaboré afin de respecter l'anonymat des participants : chaque professionnel a été désigné par l'initiale de sa profession et le numéro du binôme auquel il correspondait. Ainsi E1 et AS1 sont l'ergothérapeute et l'aide-soignant qui travaillent en collaboration dans l'Ehpad n°1.

### **III. Déroulement de l'investigation**

#### **1. Prise de contact avec les participants**

Suite à l'élaboration de l'outil d'investigation, des ergothérapeutes ont été contactés à partir du 10 mars par appel sur leur lieu de travail et via une annonce type postée sur les réseaux sociaux (Annexe II). Lorsqu'un binôme de professionnels était constitué, la lettre d'information et le formulaire de consentement leur étaient envoyés conjointement par mail ou donnés directement lors de leur rencontre. Les hypothèses de recherche de l'étude n'ont pas été communiquées aux professionnels interrogés pour ne pas biaiser leur réponse.

#### **2. Le déroulement des entretiens**

La passation des entretiens s'est échelonnée entre le 31 mars et le 6 mai. Les ergothérapeutes ont été rapides et assez nombreux à se proposer pour participer à l'étude. Cependant, dans de nombreux cas, ce sont les aides-soignants qui refusaient d'être interrogés. La principale raison invoquée par les ergothérapeutes pour expliquer leur impossibilité de trouver des aides-soignants acceptant de témoigner, a été l'absence momentanée du personnel formé en raison des nombreux arrêts de travail. Il a parfois aussi été évoqué le manque d'intérêt des aides-soignants. Au total 3 binômes, soit 6 professionnels ont été interrogés. Seul un entretien a été réalisé de visu (E3) les autres entretiens ont eu lieu par téléphone. D'après Gillez et Tétreault (2014), ces deux conditions de passation présentent à la fois des avantages et des inconvénients mais restent équivalentes dans les résultats. La voie téléphonique préserve l'anonymat physique et peut être considérée comme moins intrusive par rapport à l'entretien de visu, tandis que ce dernier facilite la création d'une relation de confiance. Lors de l'investigation la différence de durée d'entretien entre l'entretien de visu et les entretiens téléphoniques a été particulièrement marquée. L'entretien en direct a duré 1 heure et 50 minutes, les autres en moyenne 45 minutes. Il se pourrait alors qu'un biais de réponses ait été introduit en ne réalisant pas tous les entretiens de la même façon. Cependant, il s'avère que l'entretien de visu a été particulièrement riche car l'ergothérapeute a pu développer une réelle réflexion sur sa pratique.

# ANALYSE DES RESULTATS

---

## I. La population interrogée et leur pratique en Ehpad

Les 3 ergothérapeutes interrogés exercent depuis 3 mois à 3 ans dans leur Ehpad et les aides-soignants interviewés ont entre 8 mois et 11 ans d'expérience dans ce type d'établissement. Leurs lieux de pratique accueillent entre 80 et 111 résidents, âgés de 62 à 104 ans et présentant des troubles variés (hémiplegie, syndrome post-chute, syndrome parkinsonien, troubles cognitifs, sensoriels, etc.). L'ensemble de ces établissements présentent des unités dédiées à des personnes présentant des troubles type démences. La grande majorité des résidents sont fortement dépendants dans les actes de la vie quotidienne, leur GIR variant principalement entre 1 et 3 (cf explications Annexe I). Les aides-soignants déclarent ainsi réaliser entre 10 et 20 manutentions par matinée de travail et presque le double sur une journée entière. L'ensemble des aides-soignants ont à leur disposition les équipements nécessaires : lève-malades, verticalisateurs, disques de transferts, draps de glissement ou planche de transferts. Seul l'Ehpad n°1 est équipé d'un système de transfert plafonnier.

La formation des professionnels concernant la manutention varie suivant leur ancienneté dans la profession. AS2 a passé son diplôme d'aide-soignant il y a 24 ans et indique n'avoir reçu aucune formation dans ce domaine lors son cursus initial. Elle a toutefois été formée en décembre 2015, lors de sa formation d'assistante de soin en gérontologie. AS1 se rappelle avoir eu 2 jours de formations lors de ses études durant lesquels on lui avait enseigné plusieurs méthodes de manutention. AS3, diplômé depuis seulement 8 mois a dû valider le module consacré à la manutention, dispensé par un kinésithérapeute et un ergothérapeute. L'ensemble des aides-soignants ont pu également assister à des formations continues dispensées par leurs établissements. Concernant les ergothérapeutes, ils ont tous eu une formation dans ce domaine lors leur formation initiale. E3 explique aussi qu'elle s'appuie sur les connaissances qu'elle a acquises lors de ses stages professionnels, en animant des groupes portés sur la prévention des TMS (« écoles du dos » et « Restauration Fonctionnelle du Rachis) pour les appliquer sur son lieu de travail. E1 a quant à elle été formée à la Méthode de Manutention manuelle de Malade et la Méthode G.A.P.A. par le SIFAM (organisme de formation en ergomotricité créée par P. Dotte et M. Abric). Elle a commencé à former les soignants en 2002.

## **II. Moyens de favoriser la participation des résidents**

### **1. Une recherche active de la participation des résidents lors des transferts**

Les 3 aides-soignants interrogés déclarent rechercher systématiquement la participation des résidents lors des transferts. Au sein de l'Ehpad n°2, cela semble aller de soi, AS2 déclarant « Ah mais c'est eux qui font hein ! (...) nous on va combler ce qu'ils n'arrivent pas à faire mais tout ce qu'ils peuvent faire, c'est eux qui le font, tous. » (L197-198). Ils estiment que cela apporte à la fois des bénéfices pour les résidents et pour eux-mêmes. Selon eux, les résidents « préserve(nt) leur autonomie » (AS1-2-3), ont moins de douleurs (AS1) et sont valorisés au travers d'une tâche qu'ils arrivent à faire seul (AS2). De même, en évitant la grabatisation des résidents, leur charge de travail est allégée (AS2-AS3), ce qui permet un « gain de temps » (AS3, L.215), et leur évite de se faire mal (AS1). AS3 explique également que l'autonomie de la personne est un de ses principaux objectifs et que cela lui apporte un sentiment de fierté lorsqu'il parvient à l'atteindre : « je préfère galérer et ramer, mais au final je serai content si mon patient gagne un peu d'autonomie » (L.223-224). Pour lui, cela correspond à « faire quelque chose de bien » (L.217).

### **2. Les difficultés rencontrées par les aides-soignants et moyens de pallier à ces difficultés**

#### **2.1.L'habitude de faire « à la place » des résidents**

Les aides-soignants interrogés ont tous fait remarquer la nécessité de « prendre le temps » pour que les résidents soient coopérants et participent lors des manutentions : prendre le temps « de bien expliquer à la personne ce qu'on va faire, (...) ce qu'on attend de la personne » (AS1, L.126-127), d'avoir un véritable échange avec les résidents pour « bien les connaître » pour « qu'ils aient vraiment confiance » et qu'ils soient « vraiment prêts à vous écouter. » (AS2, L.225). Toutefois, 2 ergothérapeutes évoquent leurs difficultés à le faire. E3 explique que les aides-soignants sont parfois vite découragés et arrêtent trop rapidement de stimuler le résident lorsqu'ils ne voient pas de réaction de leur part. De même, E1 explique que les aides-soignants « ont beaucoup de peine à attendre » (L.225) et « prennent très vite le pli de « faire à la place de » » (L.222-223). D'après elle, ces difficultés sont dues au fait que les aides-soignants sont « formatés », dès leurs stages

professionnels, à faire à la place sans tenir compte des capacités des résidents, « surtout à l'hôpital, (où) il faut aller vite » (L.268). AS1 estime d'ailleurs que cette démarche de laisser faire le résident n'est pas naturelle et relève d'un « effort » (L.112) que les professionnels doivent faire. Elle « essaye d'y tendre » (L.122) quand elle a le temps. AS3 reconnaît également « des fois peut-être (...) on est pressé, on n'est pas forcément attentif. Donc la personne, on va arriver, on va juste lui dire bonjour et on ne va même pas lui expliquer qu'est-ce qu'on va lui faire, lui apporter.» (L248-249). Ainsi, E1 explique que « ça a été un travail de longue haleine » (L.251) pour que les aides-soignants prennent le temps d'expliquer aux résidents ce qu'ils attendaient d'eux, de les laisser faire par eux-mêmes.

Seul E2 indique que les aides-soignants de son établissement n'ont pas de difficulté à faire participer les résidents. Il précise toutefois que c'est certainement « grâce aux interventions des ergos » qui étaient présents avant lui dans l'établissement que les aides-soignants ont « acquis plus de technique » (L.172). Il indique : « Ils vont peut-être moins me solliciter pour des choses, par exemple des prises en charge de syndrome post-chute qui sont des trucs pas évidents. Maintenant les aides-soignants sont formés et ça s'il y a un syndrome post-chute, (...) Voilà ils ne vont pas tirer sur les bras du résident, ils favorisent plutôt un environnement sécurisant, ils vont connaître des techniques gestuelles pour permettre aux résidents de se lever. » (L.172-175)

## **2.2. Une difficulté liée au manque de compréhension des résidents**

Le manque de compréhension de certains résidents est une difficulté citée par les 3 aides-soignants interrogés. AS1 et AS3 déclarent avoir parfois du mal à faire participer les résidents présentant des démences types Alzheimer car « C'est un petit peu plus compliqué quand (...) le résident ne comprend pas les choses » (AS1, L.150-151). AS1 explique que « ça va peut-être être des personnes qui vont être violentes parce qu'elles ne comprennent pas forcément ce qu'on leur dit » (L.247-248). Pour faire face à ces comportements agressifs ou d'opposition, les aides-soignants indiquent parfois se « réorganise(r) autrement » (AS1, L.141), en repassant plus tard pour faire le soin à un moment plus opportun pour le résident (AS1), en passant la main à un collègue ou en lui demandant de l'aide (AS2-AS3).

### **2.3. Des contraintes architecturales**

Deux aides-soignants indiquent que le manque d'espace dans les chambres est un frein à la participation des résidents. AS3 explique « je pense que si les chambres étaient un peu plus grandes, pour certaines personnes on pourrait avoir plus d'espace pour essayer de les stimuler, trouver une nouvelle solution pour faciliter le transfert. Et c'est vrai qu'on a tendance des fois à prendre le matériel parce qu'il y a pas la place pour lever la personne. » (L.133-136). Il donne l'exemple d'un résident qui a besoin de faire quelques pas avec son déambulateur pour faire son transfert et explique « on s'embête à faire le transfert à 2 (...), vu qu'il n'y a pas la place nécessaire dans la chambre alors que ce monsieur serait en capacité (...) de se lever de lui-même avec un peu d'aide. » (AS3, L.141-142). AS2 évoque également le fait que les soignants peuvent être stressés lors des manutentions en raison du manque d'espace disponible dans les chambres (trop petites ou encombrées) et que ce stress peut être communiqué aux résidents et limite leur participation. Elle indique prendre parfois le temps d'« organiser l'environnement » (L.155), de faire de la place dans la chambre avant de réaliser le transfert pour faciliter le soin.

## **III. L'évaluation du niveau de dépendance du résident lors de ses transferts**

### **1. Les critères d'évaluations pris en compte**

Afin de déterminer le niveau d'aide qu'ils vont apporter à un résident lors d'un transfert, l'ensemble des aides-soignants déclarent s'appuyer sur la capacité des résidents à réaliser leur transfert ou à y participer. Deux d'entre eux insistent sur la nécessité d'avoir une bonne connaissance du résident, de son « degré d'autonomie » (AS1), de toutes les « capacités qui lui restent » (AS2). Les principales capacités auxquelles s'intéressent les aides-soignants sont la capacité à prendre « appui » (AS1, 2, 3), à se tenir debout (AS2) et la capacité à comprendre les consignes (AS1). Les autres éléments pris en compte relèvent davantage de caractéristiques physiques, tels que le « poids » et la « taille » du résident (AS3). D'autre part, AS3 est le seul aide-soignant à évoquer la « motivation » du résident. Il déclare « C'est vraiment s'adapter à la personne, à ce qu'elle désire, à son état physique

et psychologique de la journée. » (L.154). Son accompagnement change également suivant le niveau de confiance qui s'est instauré entre le résident et lui.

Les ergothérapeutes ont des critères d'évaluation assez similaires aux aides-soignants, bien qu'ils aillent plus loin dans la recherche de leurs capacités. Ils observent notamment les capacités physiques de la personne : le « tonus » de la personne, sa capacité à prendre « appui » au sol et à « tenir debout » sont systématiquement pris en compte (E1-E2-E3). Ils s'attardent également sur les amplitudes articulaires des résidents (E2-E3) et l'analyse de leurs « schémas moteurs » (E2). Les ergothérapeutes observent également la « fatigabilité » de la personne (E2), la présence de douleur (E1, E2). Ils s'intéressent aux antécédents de la personne et à ses éventuels « déficits », visuels ou auditifs par exemple (E3). Les capacités cognitives de la personne sont toujours questionnées, à savoir si elle « n'est pas désorientée, si elle comprend les informations » (E3, L.214). Deux des trois ergothérapeutes prennent en considération l'« appréhension » des résidents lors des transferts (E1 et E3).

## **2. Les moyens d'évaluations**

Les aides-soignants interrogés n'utilisent aucun outil d'évaluation spécifique. Ils se basent dans un premier temps sur les informations qui leur sont communiquées à l'arrivée du résident concernant leur autonomie (AS1-2), ainsi que sur les rapports des précédents rééducateurs lorsque la personne a été transférée d'un établissement précédent (AS3). AS2 explique que les renseignements fournis sont souvent obsolètes lors des premiers transferts, car les résidents peuvent être angoissés et désorientés à leur arrivée dans l'établissement, ce qui influence leurs capacités de manière générale. Ainsi, les aides-soignants semblent n'avoir que très peu d'informations concernant l'aptitude des résidents à réaliser leurs transferts. Leur évaluation se fait « au fur et à mesure de la prise en charge, au moment des soins » (AS1, L.35). AS2 et AS3 expliquent accompagner les résidents à 2 soignants dans un premier temps, pour voir ce qu'ils peuvent faire et ne peuvent pas faire, en leur laissant « le plus de possibilités de faire » (L.29) tout en assurant leur sécurité.

L'observation lors de mises en situation est également le principal moyen d'évaluation employé par les ergothérapeutes. Ces mises en situation sont généralement réalisées au décours d'une activité de toilette, ou lors de « mises en situation spécifique de transfert » si celles-ci ne sont pas assez représentatives des problématiques rencontrées par les

résidents et les soignants. E3 déclare : « je me base pas mal sur les mises en situations de toilette et d'habillage. Je trouve qu'elles représentent pas mal la personne dans la globalité, vu qu'on la voit pour ce qui est des transferts, de la station debout (...), pour l'autonomie à la toilette et à l'habillage, bon l'indépendance aussi pour tous les gestes» (L.202-205). E1 ajoute « je fais comme si je ne la connaissais pas et j'essaye de voir justement ce qu'elle est capable de faire, c'est-à-dire je vais la solliciter, je vais voir quelles sont les réponses qu'elle va me donner, et en fonction des réponses que me donne la personne, je vais adapter. » (L.108-110). Les informations recueillies lors des mises en situations sont mises en lien avec les bilans ergothérapeutiques réalisés systématiquement à l'entrée du résident dans l'établissement et réévalués régulièrement (E1-E2-E3). E1 s'appuie également sur les indications de la grille AGGIR. Seul E2 évoque l'utilisation de bilans standardisés, tels que « le Get up and Go test, le Timed up and go test qui est chronométré, qui donnent déjà une indication par rapport au risque de chute. » (L.83-84). Ainsi, peu de bilans validés spécifiques aux ergothérapeutes semblent être employés par ces professionnels pour réaliser le diagnostic des aptitudes au transfert de chaque résident.

### **3. Prise en compte de l'environnement dans l'évaluation**

Tous les professionnels interrogés cherchent à identifier si l'environnement est facilitateur ou obstacle à la participation du résident. Les contraintes architecturales telles que « des pièces qui sont petites » (AS2, L.129) ou la présence de « beaucoup de matériel dans la chambre » (AS2, L.129) sont observées par AS2 et AS3. Les ergothérapeutes s'intéressent particulièrement au positionnement et à l'utilisation du matériel présent dans la pièce tel que le fauteuil roulant, le lit médicalisé ou l'aide au transfert. L'aménagement de la chambre est également étudié. L'environnement social est aussi un facteur important au bon déroulement du transfert du résident selon la plupart des professionnels interrogés. E1 et AS1 font ainsi attention au temps laissé à la personne. Le « fait que le soignant fasse à la place » (AS1, L.118) ou que le résident ne soit « pas en confiance » (AS2, L.137) avec l'aide-soignant est considéré comme un frein à la participation du résident.

### **4. Modalités de transmission des évaluations des ergothérapeutes**

Des comptes rendus des évaluations réalisées par les ergothérapeutes sont inclus dans le dossier informatisé de chaque résident. Ils informent des capacités et incapacités physiques et cognitives des résidents, de leur indépendance dans les activités de la vie



quotidienne et des adaptations à mettre en place. L'ensemble des ergothérapeutes rapportent que la transmission écrite, au travers du dossier informatisé du patient n'est pas suffisamment efficace « parce que toutes les soignantes ne regardent pas, soit parce qu'elles ne prennent pas le temps de lire parce que ça ne les intéresse pas plus que ça (...), ou d'autres parce qu'elles n'ont pas forcément le temps de tout lire. » (E1, L.142-143). D'où l'importance, selon les ergothérapeutes, de toujours rédiger un écrit « court, synthétique et précis » (E2, L.237) en conclusion de bilan ou dans des transmissions générales informatiques, et de « passer par l'oral, directement avec les équipes » (E3, L.465) pour que la transmission des informations soit efficace.

## **5. Intérêt de ce diagnostic**

### **5.1. Une facilitation du travail des aides-soignants par la mise en place de moyens de manutentions adaptés aux capacités des résidents**

E2 remarque que l'intérêt de la transmission de son diagnostic « pour les aides-soignants, ça va être une facilitation de leur travail. » car « au lieu de leur mettre pleins d'aides-techniques on va plutôt venir sur des conseils d'accompagnement gestuel, postural. C'est beaucoup plus facile pour un A-S d'aider une personne à faire un transfert avec une aide gestuelle que d'utiliser le lève-malade. » (L.117-120). AS1 indique « On a aussi beaucoup d'aide de la part de l'ergothérapeute qui nous aide aussi à évaluer l'autonomie de la personne, à évaluer ce qu'elle est capable de faire et pas capable de faire par rapport à tout ce qui est ergonomique. (...) elle intervient pour nous dire quelle est la solution la mieux adaptée pour le transfert de la personne. » (AS1, L.36-39) puis elle précise que l'ergothérapeute l'aide à choisir « un appareil adapté » pour chaque résident (AS1, L.79). AS3 semble avoir le même point de vue, indiquant « quand on a des difficultés (...), on demande à l'ergo de faire une évaluation sur les transferts, pour qu'elle nous donne son point de vue et qu'est-ce qu'on pourrait améliorer, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour que la personne soit plus en sécurité, pour que nous on soit plus aussi en sécurité. » (L.44-46). Il explique qu'il ne prend « pas (l)'initiative » (L.197) d'intervenir de lui-même sur le matériel lorsqu'il se rend compte qu'une aide technique n'est pas appropriée car il estime ne pas avoir autant de compétences que l'ergothérapeute pour le faire. Il précise que « quand il n'y a pas d'ergo » (L.209), les aides-soignants peuvent toujours demander l'aide de l'infirmière ou des kinésithérapeutes qui sont présents tous les jours sur l'établissement mais ajoute « mais c'est 2 choses totalement différentes les kinés et les ergos. » (L.209-210)

## **5.2. Une aide pour s'adapter aux changements de capacités du résident**

L'ensemble des ergothérapeutes aident les aides-soignants à s'adapter aux fluctuations des capacités des résidents. E2 indique « quand il y a des dégradations, on accompagne les aides-soignants pour se réhabituer, pour avoir des nouvelles habitudes sur les transferts, pour se baser vraiment sur les capacités préservées. »(L.239-240). Il met en place « des venues régulières » lorsque les aides-soignants se sentent en difficulté et manquent de temps pour s'adapter car « ils sont très speed le matin » (L.73-76). AS2 explique que quand « il y a une dégradation ou une amélioration », et qu'elle se rend compte que la personne ne participe pas autant qu'il le pourrait, elle appelle l'ergothérapeute et « (elle) voit avec lui ce qu'il arrive à tirer de plus (qu'elle) » (AS2, L.240). De même, E1 remarque « Des fois les personnes n'ont plus vraiment d'appui mais elles arrivent quand même à faire les transferts sans utiliser du matériel donc moi je me bats un petit peu là-dessus, pour que ça fonctionne quand même» (L.169-171) et AS1 ajoute « si on sent que la personne ressent des difficultés ou alors que nous aussi on ressent quelques difficultés que ce soit, à ce moment-là on fait intervenir l'ergothérapeute pour réévaluer » (L.68-70). Quant à E3, elle indique « C'est toujours des retours en équipe, (...) mettre des transmissions écrites pour que ça soit un suivi régulier (...) et ça peut être vraiment appliqué rapidement. Ça c'est intéressant pour l'évolution, pour que ça puisse être aussi remis en question et que ça soit adapté au mieux.» (L.641-644).

## **IV. Les actions des ergothérapeutes sur le terrain**

### **1. Interventions portant sur l'adaptation sur l'environnement physique:**

#### **1.1. Installation du patient**

L'intervention des ergothérapeutes concernant l'installation des résidents, au lit ou au fauteuil roulant, a été citée par l'ensemble des aides-soignants. Les ergothérapeutes aident notamment au choix du fauteuil roulant et font les démarches de commande de matériel. AS3 explique « on avait un cas d'un monsieur qui était très mal installé dans le fauteuil et

c'était compliqué pour nous de le remonter toute la journée (...) du coup, de son côté elle a fait une demande d'un devis pour un nouveau fauteuil (...) un nouveau coussin, des cale-pieds mieux adaptés. (...) elle fait sa démarche de son côté pour aussi notre confort à nous » (L.52-57). Ainsi, il s'avère qu'en assurant une bonne installation des résidents, l'ergothérapeute évite au soignant des efforts supplémentaires liés au repositionnement des personnes. Par ailleurs, AS3 explique qu'en tant qu'aide-soignant il « n'y connai(t) rien vraiment sur les fauteuils » (L.298) et que depuis que l'ergothérapeute a fait ces démarches, le patient « a repris confiance et il (...) aide largement mieux qu'avant.» (L.69). AS3 indique également « depuis (que l'ergothérapeute) est présente, j'ai compris certaines choses, enfin pour l'installation de la personne surtout. Parce que installer une personne au fauteuil on peut se dire (...) qu'il suffit juste qu'elle ait les fesses bien au fond du fauteuil, mais non en fait il y a pleins de critères à prendre en compte» (L.342-345). Il explique que désormais il s'« amuse » (L.341) à trouver des solutions pour que la personne soit mieux installée.

## **1.2. Utilisation des aides techniques**

Tous les ergothérapeutes interrogés donnent des explications aux aides-soignants sur l'utilisation du matériel : fauteuil roulant, équipement d'aide au transfert, etc. E1 indique « régulièrement j'essaye de leur remonter, ou quand je les vois les utiliser, je regarde si ça se passe bien ou si elles peuvent améliorer des choses pour éviter de se faire mal et éviter de faire mal aux gens. » (L.41-42). Les conseils concernant la manipulation du fauteuil roulant sont les plus fréquemment cités. Quand E2 leur enseigne « tout ce qui est utilisation de la sécurité, des freins, des cale-pieds, escamoter les accoudoirs » (L.197) sur les fauteuils standards et « des réglages pour faciliter le transfert, la bascule d'assise, le dossier, l'ouverture des cale-pieds » (L.198) sur les fauteuils confort, E1 s'attarde sur « comment positionner les petites roues avant, pour éviter les chutes si la personne se penche en avant sur ses repose pieds » (L.283-284). Elle donne également des indications concernant l'aménagement de l'environnement, insistant sur l'importance de prendre le temps de bien positionner le matériel de transfert « bien visualiser les choses pour pouvoir mettre dans une position aidante » (L.323). E3 invite les soignants à solliciter pour toutes situations problématiques en lien avec le matériel. Ainsi AS2 et AS3 ont fait remarquer que « ça (les) aide beaucoup » (AS2) « tout ce qui va être lève-malades, verticalisateurs, elle va nous expliquer « on peut se placer de tel côté » (...) plein de petites choses sur le matériel, elle

s'y connaît vraiment bien. » (AS3, L.287-292). E1 constate des évolutions dans la manière dont les équipes utilisent le matériel : « Elles commencent à utiliser un petit mieux les aides techniques (...). Même les lits, elles les utilisent un petit peu mieux. Régler la tête du lit pour aider à un transfert couché-assis ou assis-couché. Elles commencent à l'utiliser dans de bonnes conditions (...) ce n'est pas encore complètement acquis mais il y a des choses qui se passent. » (L.409-413)

Par ailleurs, E3 remarque que lorsqu'elle a débuté ses interventions, elle était souvent interpellée à propos de matériel que les aides-soignants n'utilisaient plus, pensant qu'il était cassé ou inadapté. En réalité, il était simplement dévissé ou non réglé. Elle explique qu'en étant présente seulement 2 jours par semaine, elle n'a pas la possibilité de « courir partout pour vérifier que tout est utilisé de manière optimale » (L.584). Elle cherche donc à enseigner aux aides-soignants comment réaliser des réglages simples du matériel pour les adapter au résident : « c'est des petites choses donc je leur explique toujours ce que j'ai fait, où était le souci et je leur montre ce qu'il y a faire si ça rebouge, etc. J'essaye de les sensibiliser à tout ça » (L.567-568)

### **1.3. L'aménagement de l'environnement**

Deux des trois ergothérapeutes interrogés déclarent être déjà intervenus dans le choix et les demandes d'investissement en équipement de transfert de leur établissement. Seule E3, arrivée depuis peu sur la structure et son établissement étant déjà bien équipée, indique ne pas avoir encore eu l'occasion de préconiser de ce type de matériel. E2 a déjà proposé l'achat de lèves-malades, de lits médicalisés, l'installation de rail de transfert et E1 explique « là on a besoin d'un Turner supplémentaire, ça fait un moment que je le réclame et je pense que là on va pouvoir l'avoir cette année. (...) je regarde vraiment que ça soit du matériel qui soit utilisé. Je ne vais pas faire acheter des choses qui ne seront pas utilisées par la suite » (L.339-342). Les ergothérapeutes contribuent ainsi à rendre l'environnement de travail des aides-soignants facilitateur pour la réalisation des manutentions.

Par ailleurs, l'ensemble des ergothérapeutes évoquent leur contribution dans l'aménagement des différents éléments présents dans la chambre des résidents « en fonction de comment (la personne) se sent mieux dans son environnement » (E3, L.441). E1 indique qu'il lui est arrivé par exemple, de préconiser aux aides-soignants « de déménager une table de nuit, le temps du transfert pour pouvoir bien positionner le

fauteuil. » (L.205-206) du côté où le résident avait l'habitude de se lever. Cependant, elle explique que ses recommandations sont parfois fastidieuses pour les équipes car les aménagements ne peuvent pas toujours être mis en place de manière permanente du fait d'autres contraintes, et nécessitent que les soignants déplacent le mobilier très souvent. Ces préconisations ne sont donc pas toujours suivies par les équipes.

## **2. Interventions portant sur l'environnement social**

### **2.1. Conseils d'accompagnement des personnes âgées**

L'ensemble des ergothérapeutes apportent des conseils d'accompagnement aux aides-soignants, en particulier dans le cas de résidents présentant des démences type Alzheimer, dont la communication et les praxies sont déficientes. E3 indique « Parfois ça peut être juste une adaptation comme comment se comporter avec la personne. Si c'est vraiment une personne qui se débrouille très bien mais qui a beaucoup d'angoisse, (...) davantage la rassurer, la guider dans les mouvements lors d'un transfert. Ca peut-être (...) simplement l'aider à se stabiliser » (L.233-237). E2 explique également aux aides-soignants les troubles cognitifs et moteurs engendrés par les pathologies des résidents « parce que des fois aussi les soignants ne sont pas trop au fait des pathologies » (L.231). AS2 le confirme en disant : « tout ce qui est troubles cognitifs, au début moi je ne connaissais pas trop » (L.85). Elle remarque que les explications de l'ergothérapeute l'« aide(nt) à comprendre pourquoi ça se passe comme ça et comment les aider. ». AS2 donne également l'exemple d'une personne hémiparétique : « il va me dire « (...) peut-être que tu t'y es mal prise parce que tu n'étais pas du bon côté. (...) de quel côté il doit attraper le fauteuil, l'accoudoir » (L.246-248). De même, E1 étant formée à enseigner les Gestes et Activation des Personnes Agées, elle transmet aux équipes « 2 ou 3 techniques » (L.290) ergomotrices par mouvement de manutention lors ses formations et est amenée à les rappeler régulièrement au quotidien. Elle donne également des techniques gestuelles facilitatrices par rapport à l'habillage ou au déshabillage car selon elle « Si on fait participer la personne à l'habillage, on va penser à la faire participer aux transferts. ». (L.285)

### **2.2. Rappel des conseils posturaux et des techniques de manutention donnés lors de formations ponctuelles**

E1 et E3 proposent aux aides-soignants des formations ponctuelles, axées principalement sur la prévention des T.M.S., dans lesquelles sont abordées les différentes

manières de réaliser les gestes de manutention tout en préservant leur santé : « connaître son dos, comment le protéger, contracter les abdominaux pour verrouiller la ceinture lombaire dans les manutentions. » (E3, L.92-93). Leur analyse des difficultés rencontrées sur le terrain et des mouvements les plus fréquemment employés dans l'établissement leur permet de cibler leurs enseignements sur les véritables problématiques rencontrées par les aides-soignants. Les éléments abordés lors des formations sont ensuite régulièrement rappelés sur le terrain aux aides-soignants. E1 explique « C'est quand je les vois dans le service, quand elles font. Je vais aller les voir pour leur redire » (L.325).

### **3. La recherche d'un compromis entre les besoins des résidents et des soignants**

L'ensemble des ergothérapeutes indiquent qu'ils n'ont pas de « solution toute faite » (E3, L.131) aux problématiques rencontrées par les aides-soignants. D'après E1, « une personne qui est capable de décider de ce qu'elle veut, quand elle refuse l'aide technique, même si c'est facilitateur pour tout le monde, il faut trouver d'autres solutions. » (L.186-187). E3 ajoute « c'est bien de dire il faut utiliser telle aide-technique mais parfois les équipes nous rapportent que le manque de temps fait qu'elles ne l'utiliseront pas. Donc c'est intéressant je trouve de venir sur le terrain, d'en discuter avec les équipes et de trouver des compromis. (...) j'estime qu'il ne faut pas forcément préconiser à tout prix d'utiliser une aide technique si on sait que le personnel derrière ne l'appliquera pas » (L.38-41). Ainsi, les ergothérapeutes suggèrent une solution après avoir observé la situation en direct et fait le point avec les soignants, « parce que c'est une fois une situation, mais eux ils connaissent la personne tous les jours, ils savent ce qui peut poser problème dans le quotidien. » (E3, L.366-367). Les ergothérapeutes s'accordent à dire que c'est en assistant aux manutentions quotidiennes, en observant comment s'y prennent les équipes, en prenant en compte à la fois les besoins des résidents, les contraintes de travail des soignants et les avis de chacun « qu'on se rend compte des situations qui posent vraiment problèmes et comment les améliorer » (E3, L.130-131). Cela revient à « proposer des solutions, faire des essais et essayer de s'adapter à une situation précise parce que c'est comme ça qu'on se représente beaucoup mieux la situation dans sa globalité. » (E3, L.524-525). D'après E3, c'est la recherche d'un compromis entre les besoins de chacun lors des manutentions qui fait « que l'ergothérapeute à son rôle à mener » (L.46)

## **4. Organisation des interventions des ergothérapeutes**

### **4.1. Une fréquence d'intervention différente selon les établissements**

Les fréquences des interventions des ergothérapeutes auprès des aides-soignants varient suivant les établissements. E3 étant présente uniquement 2 jours par semaine (mardi et jeudi), elle n'intervient qu'en cas de situation problématique signalée par les équipes soignantes et planifie ses interventions à l'avance, sur des temps où le résident est habituellement amené à réaliser un transfert (toilette, sieste). AS3 a eu l'occasion de travailler avec E3 une dizaine de fois depuis son arrivée dans l'établissement en février 2016. AS1 et AS2 ont quant à eux pu bénéficier de l'intervention de l'ergothérapeute « de nombreuses fois » puisque E1 et E2 travaillent à plein temps dans leur établissement. E1 propose son aide un matin par semaine lors des levers et les toilettes des résidents et, quand cela est nécessaire, un soir dans la semaine pour répondre aux problématiques du coucher. E2 est le seul qui se détache de manière quotidienne chaque matin pour aller à la rencontre de l'ensemble des aides-soignants présents dans le service. Son intervention sur le terrain n'est pas ciblée sur l'aide à la manutention mais sur l'ensemble des problématiques liées à la toilette des résidents, leur installation, etc. Les interventions proposées par les ergothérapeutes durent en moyenne 15 à 30 minutes.

### **4.2. Importance de la disponibilité des ergothérapeutes**

Les ergothérapeutes tendent à se rendre les plus disponibles et flexibles possibles pour s'adapter aux rythmes de travail des aides-soignants « parce qu'(ils) sont limités au niveau du temps » (E1,L.61) et au rythme de vie des résidents. AS1 et AS2 peuvent interpeller l'ergothérapeute à tout moment (lors des staffs, ligne directe de l'ergothérapeute ou lorsqu'ils les croisent dans les couloirs). Cette adaptabilité est particulièrement appréciée des aides-soignants. AS1 déclare ainsi « Là ce qui est intéressant chez nous, c'est qu'on a l'ergo (...) du lundi au vendredi donc on peut la solliciter n'importe quand. Quand on a besoin, elle répond présente. » (L.180-181), puis « elle s'adapte et c'est parfait. Quand on rencontre une difficulté on lui en fait part le jour même. Le lendemain elle essaye de mettre en pratique » (L.219-220). Au contraire, AS3 regrette que l'ergothérapeute ne soit pas présente plus souvent car, d'après lui, cela freine la mise en place d'adaptations. Il déclare « C'est la chose vraiment que je regrette parce que par exemple au lieu de prendre une

semaine pour avoir une réponse [...] on pourrait la revoir 2 jours après pour lui demander « qu'est-ce qu'on fait en attendant ? » (L.311-313).

## **V. Efficience des interventions quotidiennes de l'ergothérapeute**

### **1. Formations ponctuelles versus interventions quotidiennes**

#### **1.1. Une meilleure intégration des connaissances**

Les aides-soignants sont unanimes : l'intervention d'un ergothérapeute à leur côté au quotidien et non pas seulement lors de formation ponctuelle en manutention est indispensable pour qu'ils puissent intégrer les conseils qui leur sont donnés. Ils rapportent que sans rappels fréquents, ils oublient vite ce qui leur a été enseignés lors des formations. AS1 explique « des fois il y a des mouvements, il y a des choses qu'on ne retient pas (...) C'est toujours intéressant de revoir ce qu'on a déjà vu de façon à ce que les gestes deviennent instinctifs » (L.190-192), « Et là ce qui est bien, c'est qu'on a tout le temps quelqu'un pour, même si on a un petit trou, même si on a des difficultés, on sait (...) qu'on peut faire appel à elle n'importe quand. Et puis qu'elle peut réajuster, nous redire les choses, elle peut nous remontrer encore une fois. » (AS1, L.230-232). Ce constat est partagé par les ergothérapeutes qui indiquent que seulement une quinzaine de jours après les formations, les soignants « repartent dans le quotidien (...) et ne pensent pas forcément à se dire « Attention à ton dos » » (E1, L.355-356). Par ailleurs, AS1 remarque que « c'est sur le terrain, dans l'établissement où (elle) travaille actuellement » qu'elle a le plus appris. (L.15)

#### **1.2. L'ergothérapeute, garant de la santé des résidents et des soignants**

De même, les entretiens révèlent un véritable « besoin » (AS2) des aides-soignants d'être soutenus régulièrement sur le terrain lors des manutentions. AS1 indique « ça fait 11 ans que je suis aide-soignante, mais j'ai encore besoin d'accompagnement de ce côté-là et je trouve que c'est important tant pour le résident que pour le soignant. » (L.259-260). La présence de l'ergothérapeute rassure les équipes (AS3-E3), les soignants ayant parfois simplement besoin qu'on leur confirme s'ils interviennent de manière adaptée auprès des résidents (E3), de « se sentir écoutés » (E2, L.290). Par ailleurs, AS3 indique « ça rassure d'entendre des gens qui disent « je m'inquiète un peu pour vous aussi et aussi un peu pour



le patient donc on va voir qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que ça soit plus efficace » (L. 349-350). Il estime que l'ergothérapeute est « comme un petit ange sur (son) épaule. » qui fait « la balance » entre les besoins des résidents et ceux des soignants. Un compromis qu'il trouve parfois « compliqué » (L.370) à trouver seul. Il ajoute « En fait je pense qu'il faut penser (...) à nous mais aussi il faut penser aux patients et je pense que le fait qu'il y est une ergo ça nous le rappelle au quotidien » (L.361-363). AS1 le confirme, déclarant « elle nous donne tous les conseils (...) pour qu'on ait moins de difficultés et que le résident ait moins de difficulté lui aussi à se déplacer, à faire ses transferts, et que chacun y trouve son compte. » (L.184-186).

Hormis la volonté d'AS3 que l'ergothérapeute soit plus présente sur l'établissement, aucune suggestion d'amélioration des interventions quotidiennes des ergothérapeutes n'a été proposée par les aides-soignants qui estimaient que ces interventions étaient déjà très efficaces. Les ergothérapeutes ont d'ailleurs tous eu des retours très positifs des aides-soignants sur leurs interventions.

## **2. Influence sur la performance et la satisfaction des aides-soignants à réaliser les manutentions**

### **2.1. Les capacités préservées du résident davantage prises en compte**

Dans l'ensemble des lieux d'investigations, l'intervention de l'ergothérapeute semble avoir eu un impact positif sur la prise en compte des capacités des résidents et leur sollicitation lors des manutentions par les aides-soignants. E3 constate que les aides-soignants « stimulent beaucoup plus les personnes pour ce qui est des transferts » (L.618) depuis qu'elle est présente. E2 indique, qu'avant son intervention, certains soignants « avaient peut-être perdu de vue cette notion d'éviter la grabatisation sur la durée. Ils étaient peut-être sur des habitudes un peu quotidiennes, routinières, de facilité, « je mets le résident sur un fauteuil » » (L.315-316). AS2 l'explique par le fait que, lors de sa formation initiale, on ne lui avait pas appris à faire participer les résidents à hauteur de leurs capacités. Elle déclare « avant qu'on puisse travailler avec des ergos, (...) les capacités préservées, tout ça on ne connaissait pas. Donc la personne, on faisait ses transferts, allez hop, du lit au fauteuil sans même évaluer de quoi elle était capable » (L.331-334). Au contraire. AS1 explique que contrairement à AS2 on lui avait appris lors de ses études à laisser à la personne « le temps de faire ce qu'elle peut faire par elle-même et ne pas faire à sa place » (L.239-240).

Elle pense cependant que son travail en collaboration avec l'ergothérapeute lui a « ouvert des portes et (...) donné des outils justement pour continuer dans ce sens-là pour les transferts. » » (L.240-241).

## **2.2. Une facilitation du travail des aides-soignants et une rapidité d'action**

L'ensemble des aides-soignants interrogés remarquent que l'ergothérapeute « trouve toujours la solution au petit problème » (AS1, L.164-165) auxquels ils sont confrontés au quotidien. Ils rapportent que le soutien des ergothérapeutes facilite grandement la réalisation des manutentions. AS2 indiquant « si on a besoin de lui pour les toilettes, pour tout. Il nous explique tout, on travaille vraiment ensemble et vraiment ça nous aide beaucoup » (L.72-73) et AS3 remarquant que « depuis (que l'ergothérapeute) est présente, c'est moins compliqué » (L.340). AS2 explique également « ça nous a facilité la vie. La prise en charge des résidents elle est 10 fois mieux. (...) et pour nous et pour eux (...) On les aide beaucoup plus parce que (...) le fait d'avoir cet ergo, on va encore plus loin. (...) on se rend compte de tout ce qu'on peut faire avec l'ergo » (AS2, L.275-278).

Par ailleurs, E2 explique que l'intérêt d'intervenir sur le terrain « c'est d'avoir toujours du matériel en bon état, d'avoir toujours des aides-soignants qui se sentent écoutés, et dont les soucis du quotidien finalement, qui sont des gros gros freins en prise en charge, sont résolus assez vite » (L.290-291). Il ajoute « Ça permet vraiment je pense une rapidité d'intervention. » (L.292). E3 observe également que depuis qu'elle intervient sur le terrain il y a « une amélioration de l'organisation plus qu'une amélioration des techniques de manutention » (L.636-637). Elle explique : « on a trouvé notre organisation entre l'équipe et moi et ça se passe beaucoup mieux au niveau du transfert d'informations, au niveau de la mise en action des conseils qu'on a pu prodiguer » (L.637-638).

## **2.3. Impact sur la santé physique des aides-soignants et leur satisfaction professionnelle**

Les aides-soignants s'accordent à dire que les interventions de l'ergothérapeute ont eu une influence sur leur « bien-être » physique (AS3). AS1 indique « pour le résident, c'est sûr que c'est plus sécurisant d'employer les gestes et bonnes postures. Et puis moi aussi je me sens quand même mieux, par rapport à mon dos (...). Je prends davantage soin de moi que je ne le faisais avant » (L.250-252) et « pour prendre soin d'une personne, il faut déjà commencer par savoir prendre soin de soi. » (AS1, L.254). AS2 explique quant à elle,

qu'elle a « moins mal au dos » (L.323) depuis que l'ergothérapeute lui a appris « à préserver (les) capacités » des résidents, « à les laisser faire » (L.326). AS3 insiste également sur le fait que l'ergothérapeute « a vraiment apporté du confort par le matériel qu'elle pouvait mettre en place » (L.285), que ce soit pour le résident ou pour l'équipe, mais aussi par les techniques de manutention qu'elle leur a transmis. Il précise « elle nous a apporté notre bien-être à nous, parce que du coup on forçait moins » (L.285).

Par ailleurs, AS1 et AS2 déclarent se sentir « plus efficace(s) » dans leur travail depuis que l'ergothérapeute travaille à leur côté (AS1, L.257 ; AS2, L.351). AS2 estime qu'elle « travaille avec plus de connaissances » (L.318). Elle explique « Je travaille en sachant ce que je fais et pas (...) juste à peu près. Voilà je sais ce que je fais par rapport au cas de la personne, je sais comment faire. » (L.318-319). AS2 remarque aussi que grâce à l'intervention de l'ergothérapeute, les résidents sont plus en sécurité lors des manutentions et que par conséquent elle se sent elle-même plus en sécurité lorsqu'elle les accompagne. Réciproquement elle indique que ce sentiment de « sécurité », cette « confiance » (L.351) qu'elle a acquise est transmise aux résidents ce qui fait que les transferts se passent mieux. Enfin, AS1 remarque sa satisfaction d'avoir enfin les outils nécessaires pour pouvoir préserver l'autonomie des personnes âgées.

# DISCUSSION

---

## **I. Interprétation des résultats au regard des hypothèses secondaires**

### **1. Un diagnostic facilitant la mise en place de moyens de manutention adaptés**

Au regard de données apportées par l'investigation, il apparaît que les aides-soignants et ergothérapeutes procèdent sensiblement de la même manière pour évaluer les capacités des résidents à réaliser leur transfert. Ils les mettent en situation et observent ce qu'ils sont capables de faire. Toutefois, il semble que les ergothérapeutes aient des connaissances plus élaborées sur les pathologies et leurs conséquences fonctionnelles. Cela leur permet de centrer leurs observations sur des aspects plus précis des capacités de la personne lors des mises en situations. De plus, contrairement aux aides-soignants qui laissent faire les résidents pour voir de quoi ils sont capables, les ergothérapeutes sont amenés à solliciter les personnes âgées. Certains résidents ayant besoin d'être stimulés davantage pour participer, cela peut expliquer en quoi l'ergothérapeute aide les aides-soignants à se baser véritablement sur leurs capacités préservées.

D'autre part, les aides-soignants ont peu d'information sur les capacités des personnes âgées à leur arrivée dans l'établissement, alors que les ergothérapeutes ont la possibilité de se référer aux évaluations qu'ils leur font passer régulièrement, et notamment aux résultats de certains bilans spécifiques au transfert tels que le Get Up and Go Test, le Timed up and Go. L'ensemble de ces bilans leur donnent des indications supplémentaires (déficience auditive ou visuelle, amplitude articulaires, fatigabilité, risque de chutes, etc.) leur permettant de connaître plus précisément les capacités motrices, sensorielles et sensori-motrices et les capacités cognitives des résidents.

Grâce à ce diagnostic, les ergothérapeutes sont en mesure de préconiser aux aides-soignants des moyens de manutentions adaptés aux capacités de chaque résident. Leur expertise concernant le matériel d'aide au transfert contribue également à ce choix. Par ailleurs, l'investigation a permis de montrer que ce n'est pas le diagnostic de

l'ergothérapeute en tant que tel qui intéresse les aides-soignants, mais plutôt les indications de l'ergothérapeute concernant les moyens concrets à mettre œuvre.

D'autre part, les ergothérapeutes ne semblent pas apporter aux aides-soignants un diagnostic plus précis de la motivation des résidents à réaliser leurs transferts. Les aides-soignants seraient davantage en mesure d'identifier leur motivation, la relation de confiance créée lors soins quotidiens leur permettant de s'adapter « à ce que le résident désire, à son état physique et psychologique de la journée ». C'est seulement dans des situations bien particulières où les aides-soignants sont confrontés à un manque de coopération important du résident, notamment lorsqu'il présente des troubles de la compréhension, que les ergothérapeutes interviennent. Ils conseillent aux aides-soignants des techniques d'accompagnement facilitant la communication avec les résidents, et par conséquent favorisant leur coopération lors des manutentions.

## **2. Préconisation d'aménagements de l'environnement adaptés aux contraintes de terrain**

L'évaluation « in situ » des capacités de transfert du résident, lors de mises en situation de vie quotidienne pour les ergothérapeutes ou de soins quotidiens pour les aides-soignants, permet de prendre en compte l'environnement. L'investigation souligne le fait que les ergothérapeutes réalisent une observation des capacités du résident « à un moment donné », qui n'est pas toujours représentatif de leurs performances quotidiennes. Les professionnels intervenants auprès des résidents au quotidien semblent être les seuls en mesure de témoigner des bénéfices d'une adaptation pour les résidents à plus long terme. Ainsi, la collaboration entre ergothérapeute et aides-soignants paraît indispensable pour que les ergothérapeutes puissent avoir un aperçu des situations dans leur « globalité ». C'est également en observant les situations qui posent problème dans les conditions de travail réelles des aides-soignants, que les ergothérapeutes peuvent proposer des aménagements qui soient applicables par ces professionnels.

Grâce à cette double analyse de l'environnement, prenant en compte à la fois son influence sur la participation des résidents lors des transferts et sur la réalisation du travail des soignants, les ergothérapeutes semblent en mesure de préconiser des aménagements efficaces à la direction de leur établissement. Les entretiens soulignent que les ergothérapeutes sont amenés à préconiser des investissements en équipements d'aide aux

transferts à leur direction, mais également à participer aux démarches d'acquisition du matériel de positionnement des résidents, au lit ou au fauteuil roulant. Cette recherche de la meilleure installation semble constituer un des moyens donnés aux aides-soignants pour favoriser la participation du résident et pour éviter des efforts excessifs liés à leur repositionnement. Ce point n'avait pourtant pas été mis en évidence lors de la recherche théorique.

En revanche, en dépit d'un manque d'espace dans les chambres des résidents, fréquemment identifiés comme un obstacle à la réalisation du soin par les aides-soignants, aucun des ergothérapeutes interrogés n'a évoqué son rôle dans une démarche de rénovation de son établissement. Des questions spécifiques à ce sujet auraient été nécessaires pour pouvoir confirmer ou non leur implication dans ce domaine.

De même, contrairement à ce qui avait été évoqué dans la partie théorique, les ergothérapeutes ne semblent pas avoir d'influence sur l'organisation des soins réalisés par les aides-soignants. Par opposition à la théorie, ces derniers paraissent finalement assez libres d'agir sur l'organisation de leur travail, du moment qu'ils respectent les horaires impartis. Ils peuvent choisir d'inverser l'ordre de leurs interventions pour revenir à un moment plus opportun pour les résidents. Ils ont aussi la possibilité d'échanger leur « prise en charge » entre collègues, ou de réaliser le soin en binôme quand cela est nécessaire.

### **3. Une facilitation de l'acquisition des compétences en lien avec la manutention**

Conformément à la théorie, il s'avère que c'est en se montrant présent pour répondre aux éventuels questionnements des aides-soignants et en leur faisant des rappels fréquents, que l'ergothérapeute favorise l'acquisition des connaissances et savoir-faire en lien avec la manutention. Ses interventions lors des manutentions quotidiennes, aident les aides-soignants à acquérir des techniques d'activation des personnes âgées. En insistant régulièrement sur l'importance de laisser le temps à la personne, les ergothérapeutes permettraient notamment aux aides-soignants de perdre leur mauvaise habitude de « faire à la place » des résidents. Ils les aident aussi à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les résidents et à adapter leur mode de sollicitation, dans le cas de patients hémiplésiques, ou atteints de syndrome-post chute par exemple. De plus, l'investigation montre que les aides-soignants savent mieux utiliser le matériel à leur disposition depuis

que les ergothérapeutes interviennent auprès d'eux. Les données recueillies ont d'ailleurs permis d'apporter un nouveau constat par rapport à la théorie : les conseils de l'ergothérapeute ne portent pas uniquement sur l'utilisation des équipements d'aide au transfert mais aussi sur le matériel de positionnement, tels que les fauteuils roulants et lits médicalisés. Les ergothérapeutes leur montrent comment manipuler les fauteuils roulants, et comment bien les positionner pour favoriser la participation des résidents lors des transferts. L'expertise de l'ergothérapeute concernant l'utilisation du matériel semble particulièrement appréciée des aides-soignants qui souhaitent acquérir des connaissances dans ce domaine.

## **II. Retour sur la question de recherche et l'hypothèse principale**

L'ergothérapeute semble donner aux aides-soignants les moyens de faire davantage participer les résidents lors de leur transfert : enseignement de techniques d'accompagnement de personnes âgées, indications concernant les moyens de manutention utiles, explications, mise à disposition de matériel adapté et aménagement de l'environnement. Au-delà d'un rôle de conseiller en manutention, l'ergothérapeute a une véritable mission d'éducation auprès des aides-soignants qui n'ont pas toujours appris à s'appuyer sur les capacités préservées des résidents au cours de leur formation initiale. Il les aide également à prendre soin des résidents tout en préservant leur propre santé, un compromis que les soignants ont parfois du mal à trouver par eux-mêmes. Il leur rappelle ainsi au quotidien de prendre soin d'eux. Cette transmission des connaissances et ses rappels fréquents semblent avoir un effet bénéfique sur la santé des aides-soignants. Ils indiquent avoir moins mal au dos et se sentir plus en sécurité lors des manutentions. Ils estiment également être plus performants lors de ces soins, un sentiment d'efficacité qui semble relié aux temps de présence des ergothérapeutes à leur côté. Plus les ergothérapeutes se rendent disponibles pour trouver des solutions aux problématiques rencontrées par les équipes, plus les aides-soignants peuvent rapidement adapter leur accompagnement et faciliter les manutentions. Ils estiment avoir plus de connaissances pour pouvoir faire participer les résidents et maintenir leur autonomie depuis que l'ergothérapeute intervient. Cela semble leur apporter un certain sentiment de fierté.

### **III. Limites de la recherche et axes d'amélioration**

Au vu des témoignages recueillis, l'intervention de l'ergothérapeute semble particulièrement appréciée des aides-soignants. Toutefois, leur témoignage n'est peut-être pas représentatif de l'avis de l'ensemble des aides-soignants car les professionnels qui ne voyaient pas l'intérêt de cette pratique ont refusé de participer à l'étude. Les aides-soignants interrogés étaient peut-être aussi les personnes avec qui les ergothérapeutes avaient le plus d'affinité puisque ce sont les ergothérapeutes eux-mêmes qui faisaient le lien entre l'investigateur et les aides-soignants. Les réponses aux questions portant sur l'efficacité perçue de l'intervention de leur collègue ont ainsi pu être biaisées. Une investigation supplémentaire où les aides-soignants seraient recrutés sans intermédiaire, et qui confronterait l'avis d'aides-soignants n'ayant jamais travaillés avec un ergothérapeute, avec ceux d'aides-soignants pratiquant ce type de collaboration, serait nécessaire pour pouvoir confirmer la pertinence de ces résultats.

D'autre part, certains propos des ergothérapeutes concernant les contraintes qu'ils ont rencontrées lors de la mise en place de leur intervention, n'ont pas été traités en raison de l'ampleur des données à analyser et de l'absence de lien direct avec la problématique de recherche. Les ergothérapeutes évoquaient notamment leur difficulté initiale à s'intégrer au sein des équipes au quotidien, leurs conseils lors des soins étant parfois perçus comme des reproches ou comme une perte de temps. Ils ont également fait remarquer leur difficulté à sortir de leur image de réparateur de matériel et mis en avant l'importance de bien expliciter leur rôle aux aides-soignants pour être sollicité pour des interventions plus ciblées. Une analyse plus poussée de ces témoignages, voire un approfondissement de ce sujet via une nouvelle investigation seraient utiles pour déterminer quels sont les critères nécessaires pour que ce type d'interventions des ergothérapeutes soit efficient.



## CONCLUSION

---

Ce travail de recherche a permis de confirmer la pertinence de l'hypothèse de départ. L'ergothérapeute aide les aides-soignants à prendre soin des résidents tout en préservant leur propre santé. Immergés dans une culture institutionnelle où la tendance est d'aller vite et de s'oublier pour mieux « prendre soin » de l'autre, l'ergothérapeute leur rappelle au quotidien de penser aussi à prendre soin d'eux-mêmes. Il semble que son approche, qui se veut « globale » par essence, associée à ses compétences, lui permettent de jouer à la fois le rôle de « coach » sur le terrain et de « leader organisationnel » de la mise en place des aménagements en lien avec la manutention. Intervenir sur le terrain, observer l'environnement et les obstacles à la participation des résidents et aux soins, lui permet de proposer un accompagnement de qualité, adapté aux besoins des résidents tout en diminuant les efforts fournis par les soignants. Ainsi, son intervention auprès des aides-soignants pourrait limiter le risque de survenue de troubles musculo-squelettiques et d'insatisfaction des soignants au travail tout en assurant la participation de résidents.

Au vu de l'intérêt porté par les aides-soignants à ce type d'intervention, ne serait-il pas intéressant d'étendre son champ d'application auprès d'autres professionnels, voire à d'autres lieux d'exercices ? Les ergothérapeutes pourraient collaborer avec les aides-médico-psychologiques par exemple, qui sont également amenés à réaliser des manutentions fréquentes. Par ailleurs, la mise place de ce type de collaboration avec des auxiliaires de vie intervenant à domicile ne serait-elle pas particulièrement adaptée à la volonté actuelle de maintenir les personnes âgées à domicile ? Ces professionnels sont amenés à réaliser des manutentions dans des environnements complexes, du fait du manque d'aménagement et d'accessibilité de certains lieux, et de l'absence de soutien d'autres professionnels. L'ergothérapeute pourrait alors contribuer à soutenir ces professionnels, et à leur donner les clefs nécessaires pour prévenir la désadaptation motrice des résidents et la restriction de leur participation.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abric, M., & Dotte, P. (1998). *Gestes et Activation pour Personnes Agées : Ergomotricité et soin gériatrique - Fascicule I - Généralité et éducation gestuelle spécifiques* (Maloine).
- Abric, M., et Dotte, P. (1999). *Gestes et Activation pour Personnes Agées : Ergomotricité et soin gériatrique - Fascicule II Applications cliniques* (Maloine).
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2010, janvier). Revue de littérature sur la qualité de vie en Ehpad: une synthèse de la littérature scientifique et un rapport sur des recommandations nationales.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2012, novembre). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.
- Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant. - Annexe I : référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant. Consulté à l'adresse  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=5E5BA179F0F0BC342630BA42B3DA5EDA.tpdila12v\\_1?idArticle=LEGIARTI000024712812&cidTexte=LEGITEXT000006052685&dateTexte=20160201](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=5E5BA179F0F0BC342630BA42B3DA5EDA.tpdila12v_1?idArticle=LEGIARTI000024712812&cidTexte=LEGITEXT000006052685&dateTexte=20160201)
- Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie, et Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail de Haute-Normandie. (2013). Prévenir durablement les Troubles Musculo-Squelettiques dans les établissements de santé : Outils et méthodes pour réduire l'absentéisme et favoriser le maintien dans l'emploi.
- Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. (n. d.). Fiche de poste Ergothérapeute DE en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes. Consulté à l'adresse  
[http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche\\_poste/Fiche\\_AFEG\\_EHPAD.pdf](http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_EHPAD.pdf)
- Assurance Maladie. (2016). Symptômes et diagnostic des TMS (troubles musculo-squelettiques). Consulté 1 février 2016, à l'adresse <http://www.ameli-sante.fr/troubles-musculo-squelettiques-tms/symptomes-diagnostic-tms.html>
- Atain Kouadio, J.-J., Ayel, A., Benchimol, A., Brun, E., Caillard, J.-F., Cher, A., & Coutarel, F. (2006). *Les TMS Troubles Musculo-squelettiques* (Editions Préventique). Bordeaux.
- Bleau, J., et Poulin, P. (2001). La manutention relationnelle : « Vous êtes capable madame! ». *Objectif prévention*, 24(5), 12- 13.

- Bleau, J., et Poulin, P. (2008). Le sens au travail : la rencontre des « humanités ». *Objectif prévention*, 31(2), 12- 14.
- Boittin, I., Lagoutte, M., et Lantz, C. (2002). Virginia Henderson : 1897-1996 Biographie et analyse de son oeuvre. *Recherche en soins infirmiers*, (68), 9- 10.
- Brinon, C. (2005). *Manutentions des patients : Ergonomie des équipements - Systèmes d'aide à la manutention -Troubles musculo-squelettiques*.
- Briquet, M. (2007). Un ergothérapeute à l'institut de formation en soins infirmiers. *ANFE*, (26), 11- 13.
- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.-P., & Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (11 - 2).
- Carpenito, L. J. (1995). *Diagnostics infirmiers: applications cliniques*. Elsevier Masson.
- Carton, D., et Gollac, M. (2003). *Intensité et conditions de travail*. Centre d'Etudes de l'Emploi. Consulté à l'adresse <http://damiencarton.free.fr/textes/CEE4pages58.pdf>
- Cazabat, S., Barthe, B., et Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (10- 1). <http://doi.org/10.4000/pistes.2159>
- Charreyron, D. (n. d.). Contribution de l'ergothérapeute à la prévention des troubles musculo-squelettiques au sein de l'Équipe Mobile de Soins Infirmiers Spécialisés (EMSI). *ANFE*, (50).
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2015). Les EHPAD. Consulté 7 janvier 2016, à l'adresse <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
- Code de la santé publique - Article R4311-3, R4311-3Code de la santé publique. Consulté à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080130>
- Code de la santé publique - Article R4311-5, R4311-5Code de la santé publique. Consulté à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892>

Code du travail - Article R4541-2, R4541-2 Code du travail. Consulté à l'adresse  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5E5BA179F0F0BC342630BA42B3DA5EDA.tpdila12v\\_1?idArticle=LEGIARTI000018528909&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20130219](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5E5BA179F0F0BC342630BA42B3DA5EDA.tpdila12v_1?idArticle=LEGIARTI000018528909&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20130219)

Code du travail - Article R4541-8, R4541-8 Code du travail. Consulté à l'adresse  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5E5BA179F0F0BC342630BA42B3DA5EDA.tpdila12v\\_1?idArticle=LEGIARTI000018528891&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20130219](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5E5BA179F0F0BC342630BA42B3DA5EDA.tpdila12v_1?idArticle=LEGIARTI000018528891&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20130219)

Cynthia Zhang, McCarthy, C., et Craik, J. (2008). Students as translators for the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, *OT Now*, 10 (2), p. 3-5. *occupational therapy now*, 10.3, 3- 5.

Darragh, A. R., Campo, M. A., Frost, L., Miller, M., Pentico, M., et Margulis, H. (2013). Safe-patient-handling equipment in therapy practice: implications for rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 67(1), 45- 53.

Dotte, P. (2006). *Méthode de manutention des malades : ergomotricité dans le domaine du soin*. Paris, France: Maloine, 2006.

Douguet, F., Munoz, J., et Leboul, D. (2005). *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants* (No. n°48). DRESS.

Driessen, E. (2009). L'ergothérapeute en gériatrie. *SOiNs GERONTLOGIE*, (76), 41 - 42.

EHPAD : Tout sur l'EHPAD en 2016. (n. d.). Consulté 19 janvier 2016, à l'adresse  
<http://www.ehpad-fr.org/>

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) | Service-Public. (s. d.). Consulté 7 janvier 2016, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>.

Gendrier, M. (2102, décembre 7). Essai de définition de l'Ergomotricité. Consulté 5 mars 2016, à l'adresse <http://www.ergomotricite.eu/blog/?id=62j0v130>

Gineste Y., et Marescotti, R. (n. d.). Philosophie des soins : Qu'est-ce qu'un Soignant? Consulté 17 janvier 2016, à l'adresse <http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/philo.html>

Gineste, Y., et Pellissier, J. (2007). *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux* (2010<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.

- Guihard, J.-P. (2014). Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ? In *8<sup>ème</sup> Journée d'Ergothérapie de Garches* (p. 5- 16). Hôpital Raymond Poincaré. Consulté à l'adresse <http://www.arfehga.fr/wp-content/uploads/2014/12/ACTES-JEG-2014.pdf>
- Hollenstein, C. (2013). Travailler en santé : formation du corps ou remédiation corporelle ? *Educ. perm.*, (194), 177- 188.
- INRS. (2011). *Vous avez dit TMS ?* (No. ED 6094). Institut national de recherche et de sécurité. Consulté à l'adresse <file:///C:/Users/Elodie/Downloads/ed6094.pdf>
- INRS. (2012). Conception et rénovation des EHPAD - Bonnes pratiques de prévention. Consulté à l'adresse <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206099>
- INRS. (n. d.). Dossier : Troubles musculosquelettiques (TMS). Consulté 1 février 2016, à l'adresse [www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques.html](http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques.html)
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2014). *Tableaux de l'économie française* (p. 100- 101). Insee.
- Legault, L. (2001). La santé psychologique au travail au service de la réduction des efforts excessifs. *Objectif prévention*, 24(5). Consulté à l'adresse <http://www1.asstsas.qc.ca/documentation/op/op245020.pdf>
- Malet, D., & Benchekroun, T.-H. (2012). Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (14-1). <http://doi.org/10.4000/pistes.834>
- Mangin, T. (2014). Préserver sa force vitale au travail. *La Revue Francophone de gériatrie et de gérontologie*, (209/210), 372- 376.
- Marescotti, R., & Gineste, Y. (1999). Non, le mal au dos des soignants n'est pas une fatalité. *revue de l'Aide Soignante*. Consulté à l'adresse <http://www.cec-formation.net/>
- Marquier, R. (2013). *Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000* (No. 47). DRESS.
- Melon, P. (2014). Spécificité des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), *XXI*(207), 306- 308.
- Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Pub. L. No. SASH1017858A (2010). Consulté à l'adresse [http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)

- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille: Solal.
- Muller, P. (2013). Spécificités de l'exercice en Ehpad. *SOiNs GERONTLOGIE*, (100), 14- 17.
- Nelson, A. L., Fragala, G., et Menzel, N. N. (2006). Myths and Facts About Back Injuries in Nursing. In *Safe Patient Handling and Movement - A Guide for Nurses and Other Health Care Providers* (p. 27- 40).
- Perrin-Haynes, J. (2011). *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement* (No. 22) (p. 4- 15). DREES.
- Poulin, P., et Bleau, J. (2011). L'induction d'émotions positives au cours des soins aux patients désorientés comme facteur de protection des TMS chez les soignants. Présenté à 3ème Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques, Grenoble. Consulté à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00605038/document>
- Prévoit, J. (2009). « *Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007* » *Études et Résultats* (No. 699). DREES.
- Tétreault, S., et Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*.
- Townsend, E., Stanton, S., Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., Thompson-Franson, T., Campanile, L. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Villeneuve, J. (1999). Des équipements et des aménagements du pire vers le meilleur. *Objectif prévention*, 22(3), 10- 12.
- Villeneuve, J. (2005). Le « lifting-team » une approche qui a fait ses preuves aux Etats-Unis ! *Objectif prévention*, 28(3), 4- 6.
- Villeneuve, J. (2006). La tendance en Amérique du Nord : Zéro soulèvement manuel. *Objectif prévention*, 29(3), 12- 13.
- Villeneuve, J. (2011). *Programme de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) chez le personnel soignant*. ASSTSAS.
- Weber, A. (2011). *Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées* (No. 18) (p. 17- 27). DREES.

## TABLE DES ANNEXES

---

ANNEXE I : Groupe Iso Ressource de la grille AGGIR .....	I
ANNEXE II : Annonce type postée sur les réseaux sociaux lors de la recherche des professionnels.....	II
ANNEXE III : Lettre d'information pour l'entretien.....	III
ANNEXE IV : Formulaire de consentement.....	IV
ANNEXE V : Trame d'entretien ergothérapeute .....	V
ANNEXE VI : Trame d'entretien aide-soignant.....	VII
ANNEXE VII : Retranscription entretien avec E1 .....	IX
ANNEXE VIII : Retranscription entretien avec E2 .....	XIX
ANNEXE IX: Retranscription entretien avec E3.....	XXVI
ANNEXE X : Retranscription entretien avec AS1 .....	XXXVIII
ANNEXE XI : Retranscription entretien avec AS2 .....	XLIV
ANNEXE XII : Retranscription entretien avec AS3.....	LII
ANNEXE XIII : Grille d'analyse entretiens ergothérapeute.....	LIX
ANNEXE XIV : Grille d'analyse entretiens aides-soignants .....	LXXIV
ANNEXE XV : Grille aides-soignants/ergothérapeutes .....	LXXXIV

## ANNEXE I : Groupe Iso Ressource de la grille AGGIR

Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,</li><li>• Ou personne en fin de vie</li></ul>
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,</li><li>• Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente</li></ul>
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement,</li><li>• Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas</li></ul>
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante



## **ANNEXE II : Annonce type postée sur les réseaux sociaux lors de la recherche des professionnels**

Bonjour à toutes et à tous,

Dans le cadre de mon mémoire sur « l'apport de l'intervention d'un ergothérapeute auprès des aides-soignants lors des manutentions quotidiennes de personnes âgées dépendantes », je recherche des ergothérapeutes travaillant en EHPAD qui réalisent ce type d'intervention. Je m'intéresse tout particulièrement à l'intérêt d'interventions régulières auprès de ces professionnels et non pas seulement lors de formations ponctuelles en manutention.

Ainsi, si vous êtes concernés ou si vous avez des contacts, n'hésitez pas à me faire signe. Je vous remercie par avance et vous souhaite une bonne journée

## **ANNEXE III : Lettre d'information pour l'entretien**

<b>Lettre d'information de participation à un entretien</b>
---

Madame, Monsieur,

Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire de recherche en vue de l'obtention de mon diplôme d'état d'ergothérapie.

Cette étude a pour objectif de déterminer l'apport de l'intervention d'un ergothérapeute auprès des aides-soignants lors des manutentions quotidiennes des personnes âgées dépendantes en EHPAD. Elle s'intéresse tout particulièrement à l'intérêt d'interventions régulières auprès de ces professionnels et non pas seulement lors de formations ponctuelles en manutention.

Après une recherche théorique sur cette problématique, je souhaite avoir un apport pratique afin d'aller plus loin dans le processus de recherche. Pour cela, je souhaite réaliser des entretiens avec des ergothérapeutes et aides-soignants ayant cette pratique.

L'entretien sera d'une durée d'environ 45 minutes et réalisé lors d'une rencontre ou par téléphone.

L'ensemble des données recueillies lors de l'entretien seront enregistrées sous format audio. Elles seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et seront détruites à la fin de l'étude.

Votre participation à cette étude est volontaire et non rémunérée. Vous avez le droit à tout moment de vous retirer de ce projet, de demander l'arrêt de l'enregistrement ou de ne pas répondre à des questions.

Je m'engage à ce que les données soient traitées et présentées anonymement dans l'étude de sorte qu'il ne sera pas possible de vous identifier.

Si vous le souhaitez, vous pourrez accéder aux résultats de cette recherche une fois qu'elle sera terminée.

CHAGNEUX Elodie

## ANNEXE IV : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement
----------------------------

Je soussigné(e) ....., ergothérapeute DE /Aide-soignant(e) / exerçant en maison de retraite - EHPAD, accepte de participer volontairement à l'étude menée par Elodie CHAGNEUX.

J'atteste avoir pris connaissance des objectifs du projet de recherche, des conditions de passation de l'entretien et de la gestion des données.

Il m'est possible de me retirer à tout moment de la recherche, de demander l'arrêt de l'enregistrement ou de ne pas répondre à des questions. Les données recueillies lors de cet entretien seront anonymisées.

Par ce document, j'accepte de participer volontairement à l'étude proposée.

Fait à ....., le .....

Signature

# ANNEXE V : Trame d'entretien ergothérapeute

## Trame d'entretien ergothérapeute

### Informations générales

1. Pourriez-vous me décrire la population qui est accueillie dans l'EHPAD dans lequel vous exercez ? (nombre de résidents, âge, pathologies, niveau de dépendance)
2. Travaillez-vous à temps complet dans cet établissement ?
3. Est-il inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes concernant la manutention des résidents ?
4. Quelle(s) formation(s) initiale et continue avez-vous suivie concernant la manutention ?

### Actions de l'ergothérapeute sur le terrain

5. Pourriez-vous me décrire de manière générale l'ensemble des actions que vous avez mises en place auprès des aides-soignants dans ce domaine ?
6. En dehors des actions de formations ponctuelles, comment s'organisent vos interventions au quotidien ?  
(Sur demande / planifié à l'avance ? Quand, combien de temps, à quelle fréquence, où ? Auprès de combien de professionnels à chaque intervention ? S'adresse seulement à des aides-soignants ? Depuis quand ?
7. Comment et quand les aides-soignants peuvent-ils vous solliciter lorsqu'il rencontre des situations de transferts problématiques ?

### Evaluation de l'aptitude du résident à réaliser son transfert

8. En tant qu'ergothérapeute, comment définissez-vous le niveau de dépendance des résidents lors des transferts ?
  - a. Sur quels critères (*capacités physique, cognitive, sensori-motrice*)
  - b. Quels outils et modalités d'évaluation ? (seul ou avec un autre professionnel ?)
9. Transmettez-vous votre diagnostic des capacités des résidents aux aides-soignants ?
  - a. Quelles informations sont transmises ? (*Aptitudes motrices, cognitive, sensorielle...*)
  - b. Comment ? (oral, écrit)
10. Quel est l'intérêt de cette transmission ?
11. Ce mode de transmission est-il efficace ?

### Evaluation des éléments environnementaux influençant la participation du résident lors des transferts

Je vais maintenant aborder des questions sur le contexte, l'environnement dans lequel se réalise la manutention des résidents dans l'EHPAD.

- *physique (l'agencement d'un lieu, le matériel à disposition),*
  - *institutionnel (cadre politiques, économiques et légal),*
  - *social (rapport établi entre les personnes)*
  - *culturel (aspects éthiques et routiniers d'une activité)*
12. Quels sont les éléments environnementaux qui peuvent limiter ou au contraire faciliter la participation des résidents lors de leurs transferts ?
  13. Prenez-vous en compte ces éléments environnementaux lorsque vous évaluez la capacité d'un résident à réaliser ses transferts ? Si oui comment ?

14. Lorsque ces éléments limitent la participation des résidents, comment pouvez-vous intervenir en tant qu'ergothérapeute ?

### **Moyens de favoriser la participation du résident lors des transferts**

15. Voyez-vous un intérêt à faire participer les résidents lors des manutentions ? Si oui lequel ou lesquels ?
16. Lors de vos interventions, avez-vous constaté des difficultés de la part des aides-soignants à faire participer les résidents lors des manutentions ? (*comportements d'opposition ou désinvestissement des résidents*).
17. Si oui, quelles étaient les raisons de ces difficultés ?  
(*Manque de temps / difficulté en lien avec les équipements d'aides / gestes inadaptés*)
18. Les aider-vous à faire face à ces problématiques ?
19. Lors de vos interventions auprès des aides-soignants, quels (autres) types de conseils et informations leur transmettez-vous? (dans quel but/ intérêt ?)  
(*Connaissance des modalités d'utilisation des AT au transfert*)
20. De quelle façon transmettez-vous ces informations ? (démonstration, explication orale, mise en situation ? feuille récapitulative ?)
21. Lorsque vous observez des difficultés de la part des aides-soignants pour réaliser les manutentions, vous arrive-t-il de faire certaines préconisations à la direction de l'établissement pour faciliter l'accompagnement des résidents (*AT, aménagement, réorganisation des soins, formation...*) ? Lesquelles ?
22. Ces préconisations ont-elles été suivies par la direction et ont-elles permis de régler les problématiques rencontrées ?

### **Efficiences de ces interventions quotidiennes de l'ergothérapeute**

23. Pourquoi avez-vous choisi d'intervenir au quotidien auprès des aides-soignants et non pas seulement lors de formations ponctuelles ? Quel est l'intérêt ?  
(*plus facile pour faire diagnostic, pour comprendre les difficultés, mieux connaître les besoins, pour les soutenir ?*)
24. Quel retour avez-vous eu de la part des aides-soignants sur ces interventions quotidiennes auprès d'eux ?
25. Il y a-t-il des limites ou des freins à ce type d'intervention au quotidien ?  
(*Difficile à mettre en place, manque d'implication des aides-soignants ?*)
26. Avez-vous pensé à des améliorations dans la manière d'organiser vos interventions ou de transmettre vos connaissances pour qu'elles soient mieux appliquées par les aides-soignants par la suite ?
27. Depuis que vous intervenez auprès des aides-soignants, avez-vous constaté des changements dans la manière dont ils perçoivent la tâche de manutention et la réalise ? (*performance, satisfaction, participation*)
28. Avez-vous des remarques complémentaires, des éléments que nous n'avons pas abordés et que vous souhaitez rajouter ?

# ANNEXE VI : Trame d'entretien aide-soignant

## Trame d'entretien aide-soignant

### Informations générales

1. Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ?
2. Avez-vous reçu une ou des formations concernant la manutention ? (*initiale et continue(s)*)
3. A quand remonte votre dernière formation ?

### Evaluation de l'aptitude du résident à réaliser son transfert

4. Comment définissez-vous le niveau de d'aide que vous devez apporter aux résidents lors des transferts ?
  - a. *Sur quels critères (capacités physiques, cognitives, sensori-motrice)*
  - b. *Sur quels éléments de référence (diagnostic infirmiers)*
5. Avez-vous des outils pour le faire ?
6. Ce niveau d'aide est-il évalué systématiquement et régulièrement ?
7. Est-ce que l'ergothérapeute participe à cette évaluation des capacités des résidents ?
8. Comment vous transmet-il son diagnostic ?
9. Est-ce que cela vous aide ? Si oui, qu'est-ce que cela vous apporte ?
10. Cette manière de vous transmettre des informations concernant les capacités des résidents vous semble-t-elle efficace ? Si non, qu'est-ce qui vous conviendrait mieux ?

### Evaluation des éléments environnementaux influençant la participation du résident lors des transferts

Je vais maintenant aborder des questions sur le contexte, l'environnement dans lequel se réalise la manutention des résidents de votre établissement.

11. A quelle fréquence en une matinée ?
12. Les réalisez-vous seul ou en équipe ? Avec quels autres professionnels ?
13. Avec quel matériel si vous en utilisez ?
14. Pensez-vous que le contexte, l'environnement dans lequel ont lieu les manutentions peut limiter la participation des résidents lors des transferts ? Quels sont les éléments de ce contexte qui peuvent limiter leur participation ?  
(*Aménagement, aides techniques, attitudes des soignants*)
15. Prenez-vous en compte ces éléments lorsque vous cherchez à connaître les capacités des résidents à réaliser leurs transferts ? Si oui, comment ?
16. Lorsque ces éléments empêchent les résidents de participer lors des transferts quels sont les moyens dont vous disposez pour favoriser leur participation malgré tout ?

### Moyens de favoriser la participation du résident lors des transferts

17. Recherchez-vous systématiquement la participation des résidents lors des manutentions ?

18. Voyez-vous un intérêt à le faire ? Si oui lequel ou lesquels ?
19. Rencontrez-vous parfois des difficultés pour que les résidents coopèrent lors des transferts (*opposition ou désinvestissement*) ? Et si oui quelles sont les raisons de ces difficultés ? (*Manque de coopération des résidents / de temps / de travail d'équipe / difficulté en lien avec les équipements d'aides*)
20. Lorsque le résident participe très peu voire est opposant lors des manutentions, que pouvez-vous faire pour le faire participer davantage ?

### **Actions de l'ergothérapeute sur le terrain**

L'ergothérapeute intervient parfois auprès de vous pour vous aider à réaliser ou ajuster votre accompagnement des résidents lors des manutentions :

21. Combien de fois environ avez-vous bénéficié de ce type d'intervention de l'ergothérapeute et dans quelles circonstances ?
22. Lors de ces interventions, l'ergothérapeute vous apporte-t-il des conseils pour favoriser la participation des résidents lors des manutentions ? Lesquels ? : (*Connaissance des modalités d'utilisation des AT au transfert*)
23. Vous donne-t-il d'autres types de conseils pour réaliser les manutentions ? :

### **Efficiences des interventions quotidiennes de l'ergothérapeute**

1. Ces conseils sont-ils applicables et utiles au quotidien ? (Intérêts / Limites)
2. Quelles suggestions pourriez-vous faire à l'ergothérapeute pour améliorer ses interventions auprès de vous ? (informations transmises, modalités d'interventions)
3. Que vous apporte l'intervention d'un ergothérapeute au quotidien par rapport à des formations ponctuelles sur la manutention ?
4. Voyez-vous des limites à ce type d'intervention ?
5. Votre manière d'accompagner les résidents lors des transferts a-t-elle changé depuis que vous travaillez en collaboration avec l'ergothérapeute ? Comment ?
6. Votre façon de percevoir cette partie de votre travail (l'aide au transfert) a-t-elle changé ? Si oui comment ? (*plus satisfait ? plus facile ?*)

D'après mes recherches bibliographiques, certains critères fondamentaux doivent être respectés pour qu'une manutention soit de qualité. Elle doit notamment s'effectuer de manière efficace, préserver la santé et sécurité du patient mais aussi du soignant.

7. Pensez-vous que de travailler en collaboration avec l'ergothérapeute vous permet de répondre plus facilement à ces critères ? Pourquoi ?
8. Avez-vous des remarques complémentaires, des éléments que nous n'avons pas abordés et que vous souhaitez rajouter ?

## ANNEXE VII : Retranscription entretien avec E1

1 **E : Est-ce que vous pourriez me décrire la population qui est accueillie dans l'EHPAD où vous exercez ?**

2 E1 : Alors les personnes âgées. La personne la plus jeune à 65 ans et la plus âgée ça doit être 62 ou 63. Heu donc il y a un secteur  
3 fermé avec des personnes qui ont des troubles cognitifs, troubles du comportement. Pas forcément Alzheimer mais tout type de démence.  
4 Donc là ils sont 26. Et puis autrement sur le reste de l'établissement il y a 85 logements avec des personnes qui ont des troubles cognitifs.  
5 Et au niveau pathologie heu, il n'y a pas vraiment de pathologie. On a peut-être 2 ou 3 personnes qui ont fait des AVC. Heu peut-être un  
6 ou 2 Parkinsoniens. Mais autrement, des fractures du col du fémur, ça voilà, il y a même plusieurs personnes.

7 **E : D'accord. Et c'est des personnes qui ont quel niveau de dépendance à peu près ?**

8 E1 : Alors au niveau des GIR, le GIR le plus élevé c'est le 5, il n'y a qu'une personne qui est en GIR 5. Et autrement c'est entre  
9 GIR 1 et GIR 4 avec quand même une grosse proportion de GIR 1 et de GIR 2. Donc c'est des personnes qui sont très dépendantes. Mais  
10 autant dans les GIR 1 et GIR 2 on peut avoir des personnes qui sont très dépendantes physiquement, mais, on peut des fois avoir des  
11 personnes justement dans les secteurs fermés, par exemple, qui sont dépendantes psychiquement on va dire, et déambulent, mais qui par  
12 contre ne sont pas capables de faire leur toilette heu, de se changer. Il faut qu'ils soient accompagnés tout le temps, dans tous les gestes.

13 **E : D'accord. Hum est-ce que vous travaillez à temps complet dans cet établissement ?**

14 E1 : Oui je suis à temps complet, je suis là depuis mars 2013.

15 **E : D'accord. Et est-ce qu'il est inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes  
16 concernant les manutentions ?**

17 E1 : Oui. Oui puisque je suis formée au niveau de la manutention pour pouvoir former mes collègues et donc je suis venue avec  
18 cette possibilité là et donc oui je forme mes collègues.

19 **E : Ok. Et justement quelle formation vous avez eu concernant les manutentions ?**

20 E1 : J'ai été formé par la SIFAM, qui se situe à Montpellier. J'ai fait la formation Manutention manuelle des malades et la  
21 formation Gestes et activation de la personne âgée. Donc la formation Manutention manuelle des malades je l'ai revalidé l'année dernière,  
22 et Gestes et activation c'est pas revalidé mais bon j'ai commencé à former en 2002. Donc voilà la formation validante pour pouvoir  
23 former justement les collègues, c'est 3 fois une semaine.

24 **E : Ok. Heu du coup est-ce que vous pourriez me décrire de manière générale l'ensemble des actions que vous avez mises  
25 en place auprès des aides-soignants dans ce domaine ?**

26 E1 : Alors dans ce que j'ai mis en place, quand je suis arrivée, j'ai fait un état des lieux des besoins au niveau de la manutention.  
27 Donc en utilisant heu, j'ai un trou. En fait j'ai cherché quels gestes se faisaient le plus souvent pour organiser ma formation en fonction  
28 de ça. Donc en général, c'est des roulements latéraux, pour la toilette, l'habillage, des redressements couchés-assis au bord du lit, des  
29 redressements assis-debout, des rehaussements au lit. Donc ça c'est les mouvements les plus utilisés et donc j'ai fait ma formation de  
30 base en fonction. En fait, je ne pouvais faire qu'une journée par groupe. Les groupes on arrive à dégager 4 ou 5 soignantes pas plus pour  
31 les formations. Donc une fois par mois je prenais un groupe. Là toutes ont eu le premier niveau de formation. Et là je suis en train de  
32 terminer le deuxième niveau avec les dernières soignantes qui n'ont pas été formées pour le deuxième niveau. Et je les vois régulièrement  
33 dans les services aussi quand elles ont des difficultés avec des personnes un petit peu plus compliquées au niveau des transferts. Je revois  
34 avec elle, je réévalue, je leur donne des consignes, des conseils.

35 **E : D'accord.**

36 E1 : Voilà au niveau de l'utilisation des aides techniques, je leur rappelle régulièrement heu, les aides techniques qu'on a dans le  
37 service, à savoir qu'on a actuellement un Turner pour tout l'établissement. On a 2 verticalisateurs, plus un qui est en location. Dans  
38 chaque logement, sauf ceux du secteur fermé, on a un rail pour pouvoir mettre des moteurs portatifs pour le lève-malade, pour pouvoir  
39 lever les gens au lit, du lit au fauteuil ou inversement. Donc heu, voilà on a des draps de glisse aussi. Donc j'essaie de leur montrer  
40 l'utilisation des différentes aides techniques mais bon ça prend du temps tout ça. C'est des choses quand elles ne les utilisent pas, elles  
41 oublient. Donc régulièrement j'essaie de leur remonter, ou quand je les vois les utiliser, je regarde si ça se passe bien ou si elles peuvent  
42 améliorer des choses pour éviter de se faire mal et éviter de faire mal aux gens.

43 **E : Ok. Et comment s'organisent vos interventions au quotidien ? En dehors des actions de formations.**

44 E1 : Heu au quotidien, des actions en tant qu'ergo ou tant que formatrice manutention ?

45 **E : Heu par rapport à la manutention, comment s'organise vos interventions auprès des aides-soignants ? En dehors des  
46 formations que vous organisez de temps en temps.**

47 E1 : D'accord. Heu ba par exemple le mercredi je viens plus tôt. Je viens à 7h30, donc ça me permet de suivre des aides-soignantes,  
48 pour des résidents qui sont difficiles, enfin où elles sont en difficultés, où elles se posent des questions. Je vais avec elles pour voir  
49 comment elles procèdent et j'essaie de voir avec elles comment on peut faire pour que ça soit le mieux possible. Donc je propose des  
50 actions ou je leur montre des techniques et je vois avec elles si c'est possible pour elles de faire comme ça. Et j'essaie d'y retourner  
51 régulièrement pour essayer de voir le maximum de soignantes, pour qu'elles aient toutes vues la même chose.



- 52 **E : Ok.**
- 53 E1 : Heu le soir au couché, j'interviens en général le jeudi soir mais bon c'est pas systématique parce que des fois je ne fais pas  
54 le soir, mais j'essaye de voir avec elles justement les problématiques du couché, ou j'essaye de leur montrer des techniques. Ou quand  
55 il y a des nouveaux arrivants, comme on ne sait pas trop comment faire, je vais faire une évaluation et je leur donne les consignes.
- 56 **E : Ok. Donc c'est un matin dans la semaine et un soir dans la semaine, à peu près.**
- 57 E1 : Oui actuellement je fonctionne comme ça ouai.
- 58 **E : D'accord. Et ça dure combien de temps en général quand vous intervenez auprès d'eux ?**
- 59 E1 : Quand j'interviens comme ça au moment du coucher ou au moment du lever ?
- 60 **E : Oui.**
- 61 E1 : Heu j'essaye de ne pas prendre trop temps parce qu'elles sont limitées au niveau du temps. Elles ont quand même pas mal  
62 de monde à s'occuper donc j'essaye de ne pas trop augmenter leur temps de prise en charge. Heu voilà je vois avec eux aux moments du  
63 soin, j'essaye d'aller à leur vitesse pour leur montrer un peu les choses. Parfois je prends plus de temps, quand c'est nécessaire. Heu par  
64 exemple pour un Monsieur Parkinsonien, j'ai pris beaucoup plus de temps parce que lui il fallait du temps, et je leur ai montré qu'avec  
65 du temps il pouvait faire.
- 66 **E : D'accord. Et du coup en général c'est combien de temps ? De manière globale.**
- 67 E1 : Heu j'ai envie dire entre un quart d'heure et une demi-heure. Ca dépend vraiment des résidents. Le temps « entraînement »  
68 ça va être sur 10 min parce que quand je prends un quart d'heure, une demi-heure c'est tout le temps de l'installation par exemple à la  
69 douche ou voilà.
- 70 **E : Hum hum. Ok. Et du coup c'est vraiment toujours sur demande ?**
- 71 E1 : Oui sur demande. Alors après il y a des soignantes qui ne me demandent pas forcément mais si d'autres ont demandé j'essaye  
72 de voir avec celles qui ne demandent pas si elles ont des difficultés, ou j'essaye de leur montrer un petit peu les choses. Mais si elles ne  
73 sont pas vraiment volontaires, voilà c'est un petit peu plus compliqué. Mais en général elles viennent me voir quand même. Bon ça ça  
74 prend du temps mais.
- 75 **E : Ça prend du temps pour qu'elles viennent vous voir ?**
- 76 E1 : Pour qu'elles viennent me voir oui, ou qu'elles pensent à me demander ou que voilà. Après pour le suivi c'est des fois plus  
77 compliqué, plus long, parce que quand je veux intervenir elles se sont déjà occupées de la personne et puis elles ont oublié de m'appeler  
78 par exemple.
- 79 **E : Oui.**
- 80 E1 : Alors voilà. Et au niveau de la formation des fois ça ne passe pas toujours très bien. C'est problématique.
- 81 **E : Heu, c'est-à-dire ?**
- 82 E1 : Bin, c'est-à-dire que si je vois des soignantes qui remontent, que je leur dis qu'elles préviennent bien leurs collègues de  
83 m'appeler le lendemain pour que je leur montre, à celles qui ne m'ont pas vu. Heu je ne suis pas forcément appelée le lendemain et  
84 comme moi je suis dans ce que je suis en train de faire, je ne pense pas forcément à aller voir. Donc voilà c'est là que c'est pas facile.
- 85 **E : D'accord. Et du coup vous faites ce type d'intervention seulement auprès des aides-soignants ?**
- 86 E1 : Heu ça peut-être infirmières, aides-soignantes, enfin nous ont a aides-soignantes et AMP donc avec elles oui je fais des  
87 interventions. Heu j'ai un petit peu commencé à faire un peu de Gestes et postures pour les ASH, pour au niveau de l'entretien ou de  
88 l'hôtellerie, pour le port de charge et tout ça, la posture. Et normalement il faut que j'arrive à mettre des groupes en place aussi par  
89 rapport à l'animation et les personnes de l'administratif, par rapport au port de charge et aux postures.
- 90 **E : D'accord. Et du coup ça fait depuis combien de temps que vous faites ce type d'intervention auprès des aides-  
91 soignants ?**
- 92 E1 : Ouh ba c'était avant que je travaille ici ! Enfin, au niveau des aides-soignantes, vraiment de les suivre en en dehors des  
93 formations, c'était vraiment ici. Donc là on va dire que ça fait heu, moi je suis arrivée il y a 3 ans, les groupes ça fait 2 ans et demi que  
94 je les ai mis en place. On va dire que le mercredi matin et le jeudi soir ça fait 8 mois que j'ai mis ça en place. J'ai changé mes horaires  
95 mais autrement ça m'arrivait quand j'arrivais le matin à 8 heures- 8heures et demie d'aller voir s'il y avait des besoins.
- 96 **E : C'était moins organisé en fait.**
- 97 E1 : Non ce n'était pas organisé, c'était très ponctuel, vraiment sur demande.

- 98 **E : D'accord. Ok. Et du coup comment est-ce que les aides-soignants peuvent vous sollicitez lorsqu'ils rencontrent une**  
99 **situation problématique ?**
- 100 E1 : Ba soit elles me voient dans les couloirs, ou dans mon bureau, elles peuvent m'appeler, elles ont mon téléphone. Heu ça peut  
101 être discuté en staff. Justement quand elles ont une problématique avec une personne on en discute en staff. En général c'est quand elles  
102 ont une problématiques certaines. Quand elles me voient, elles me disent « Oh (prénom de l'ergothérapeute) là on a une difficulté, est-  
103 ce que tu pourrais venir voir ? ». En général ça se passe pas mal comme ça. Des fois ça peut-être moi aussi qui me rend compte qu'il  
104 peut y avoir une problématique et là je vais questionner les aides-soignants et je propose mon aide.
- 105 **E : D'accord. Et du coup en tant qu'ergothérapeute, comment est-ce que vous définissez le niveau de dépendance des**  
106 **résidents lors des transferts ?**
- 107 E1 : Heu ba là c'est vrai que les gens je les connais pas mal parce que ils sont, bon une centaine, mais heu les résidents je le  
108 connais tous plus ou moins. Après moi je viens voir la personne, je fais comme si je ne la connaissais pas et j'essaye de voir justement  
109 ce qu'elle est capable de faire, c'est-à-dire je vais la solliciter, je vais voir quelles sont les réponses qu'elle va me donner, et en fonction  
110 des réponses que me donne la personne, ba je vais adapter. Quand je sais que la personne ne peut pas du tout tenir debout, c'est-à-dire  
111 quand je la vois au fauteuil par exemple, et que je vois qu'elle n'a pas de tonus du tronc, heu là je ne pose même pas de question c'est le  
112 moteur, c'est le lève-malade. Si elle n'a pas de tonus du tronc elle ne pourra pas se tenir debout.
- 113 **E : Ok. C'est dans l'observation du coup ?**
- 114 E1 : Ah c'est beaucoup dans l'observation ! Après bon je connais aussi les dossiers donc il y a choses, voilà en général quand  
115 elles me sollicitent c'est parce qu'il y a des difficultés qui se mettent en place qui n'existaient pas avant. Mais c'est vrai que si c'est des  
116 gens qui sont levés au fauteuil, je vois rapidement en fait les problématiques.
- 117 **E : Ok. Donc c'est surtout une évaluation des capacités physiques de la personne ?**
- 118 E1 : Oui, oui, oui.
- 119 **E : D'accord. Et est-ce que vous avez des outils pour faire cette évaluation ou c'est seulement dans l'observation ?**
- 120 E1 : Non je n'utilise pas plus d'outil que ça heu. Ce qu'on utilise en outil c'est la grille AGGIR mais après je heu, je n'utilise pas  
121 spécialement d'outil.
- 122 **E : D'accord.**
- 123 E1 : Heu avant, moi j'utilisais beaucoup le Pictogramme d'autonomie. Mais bon je ne l'utilise plus parce que ce n'est pas utilisé,  
124 ce n'est pas regardé après. Faire un bilan et puis que ça ne soit pas regardé je ne vois pas l'intérêt. Donc moi je vais noter dans mes  
125 transmissions, dans le dossier informatisé, ce qu'est capable de faire la personne mais je n'utilise pas un outil particulier.
- 126 **E : D'accord. Donc c'est des informations qui sont accessibles à tout le monde sur informatique ?**
- 127 E1 : Non, ce n'est que accessible aux infirmières. Les aides-soignantes n'y ont pas accès. Si je mets que dans ma partie ce n'est  
128 pas accessible. Pour que ça soit accessible il faut que j'y mette dans les transmissions générales. Donc quand c'est dans les consignes  
129 comme ça, je le mets justement dans les transmissions pour que tout le monde y ait accès.
- 130 **E : D'accord. Et vous transmettez du coup quel type d'information quand c'est comme ça ?**
- 131 E1 : Et bien je vais mettre de quoi est capable la personne, si ça va être juste de l'aider, c'est-à-dire si on va juste solliciter la  
132 personne par exemple pour qu'elle vienne s'asseoir, ou si on utilise le déambulateur par exemple pour la mettre debout, ou si elle peut se  
133 tenir comme ça et s'il elle a la possibilité de se tenir sur ses jambes, de pousser sur ses jambes, heu si elle comprend les consignes ou  
134 pas. Heu voilà c'est quand même beaucoup là-dessus. Et après je vais leur donner des indications, des techniques qu'on aura vu en  
135 manutention, je vais leur rappeler dans le dossier.
- 136 **E : Ok. Heu du coup quel intérêt vous voyez à ce type de transmission ?**
- 137 E1 : Pff ba disons que c'est noté quelque part, déjà. Et heu ba l'utilité c'est que, il y en a quand même, je n'ai pas envie de dire  
138 que toutes les soignantes vont le lire, mais il y en a certaines qui vont le lire et qui vont en prendre compte. Si elles n'ont pas tout suivi  
139 elles vont me redemander, mais il y a une note quelque part et elles peuvent se référer à cette note. Voilà si ce n'est pas noté, elles ne  
140 vont pas regarder.
- 141 **E : D'accord. Vous trouvez que ce mode de transmission est plutôt efficace ?**
- 142 E1 : Pas complètement non parce que toutes les soignantes ne regardent pas, soit parce qu'elles ne prennent pas le temps de lire  
143 parce que ça ne les intéresse pas plus que ça j'ai envie de dire, ou d'autres parce qu'elles n'ont pas forcément le temps de tout lire. Voilà.  
144 Et la difficulté c'est de leur faire prendre le temps de lire les notes. Mais disons que si moi je l'ai noté, si ça a été parlé en staff ou si j'en  
145 ai parlé aux équipes, que je l'ai noté dans les transmissions, je peux dire « Mais attendez-là vous me dites ça mais moi je fais comme ce  
146 qui était noté ». Voilà. Et si ma cible n'a pas été fermée, normalement elles peuvent me remettre des choses derrière. Mais si ça n'a pas  
147 été remis derrière pour dire que ça ne fonctionnait pas, et bien je ne peux pas réévaluer des choses.

- 148 **E : D'accord. Heu je vais maintenant aborder des questions sur le contexte, l'environnement dans lequel se réalisent les**  
149 **manutentions des résidents.**
- 150 E1 : Oui.
- 151 **E : Heu donc j'aimerais savoir quels sont les éléments, selon vous, donc les éléments environnementaux, qui peuvent**  
152 **limiter ou au contraire faciliter la participation des résidents lors de leurs transferts ?**
- 153 E1 : Heu, lors de leur transfert, donc du lit au fauteuil ou heu pour se lever, pour marcher ?
- 154 **E : Heu tous les transferts.**
- 155 E1 : Heu les facilitateurs, les chambres elles sont heu, bon elles sont plus ou moins spacieuses mais il y a quand même de la place  
156 pour que la personne puisse faire. Heu il y a des aides techniques quand il y a besoin. Les soignantes sont quand même assez présentes,  
157 mais bon les résidents ils ont besoin d'être rassurer. Heu on essaye d'adapter le matériel en fonction des gens. Heu ils sont à proximité  
158 de la sonnette pour ceux qui sont capables de sonner, pour demander de l'aide. Des résidents qui vont aux toilettes seul par exemple,  
159 mais des fois les toilettes ça fait trop loin du lit jusqu'au WC, on leur propose une chaise percée éventuellement la nuit, dans leur  
160 logement, pas loin du lit, pour qu'il puisse y aller avec un risque de chute moindre. Et ils y a des personnes qui ne sonnent jamais la nuit  
161 car ils ne veulent pas déranger. Donc on essaye de trouver et d'adapter en fonction. On des logements qui ont une veilleuse mais bon il  
162 y a beaucoup de logement où les veilleuses ne fonctionnent plus donc heu.
- 163 **E : Je, quand je disais limiter ou faciliter la participation, je parlais vraiment de lors des transferts.**
- 164 E1 : Lors des transferts ? Heu ba je ne vois pas trop ce que, parce que c'est par rapport à l'environnement ? Je ne vois pas trop la  
165 question en fait.
- 166 **E : En fait quand je parle de l'environnement je parle de tous les aspects physiques, institutionnels, sociaux et culturels**  
167 **qui peuvent entourer les manutentions et les transferts. Je ne sais pas si je suis très claire.**
- 168 E1 : Ouai. De toute façon au niveau de la manutention, des transferts, on essaye de faire en sorte que les soignants heu fassent le  
169 transfert en fonction des capacités de la personne. Donc on essaye d'utiliser le matériel qui soit adéquat. C'est pas toujours le cas. Des  
170 fois les personnes n'ont plus vraiment d'appui mais elles arrivent quand même à faire les transferts sans utiliser du matériel donc moi je  
171 me bats un petit peu là-dessus, pour que ça fonctionne quand même.
- 172 **E : Hum hum donc vous pensez à l'aménagement de l'environnement, aux aides techniques.**
- 173 E1 : Oui par rapport aux aides techniques. Alors après il y a l'aménagement de l'environnement effectivement, suivant les  
174 personnes des fois, on va mettre le lit d'une manière ou d'une autre. Donc ça dépend comme c'est prévu dans les logements, c'est-à-dire  
175 la tête de lit contre le mur et puis heu, le lit qui traverse la chambre. Mais parfois on met toute la longueur du lit contre le mur justement  
176 parce que c'est rassurant, ou ça permet d'avoir plus de place dans le logement pour faire les transferts. Mais par contre là quand le lit est  
177 contre le mur, on ne peut pas utiliser le moteur parce que le rail n'est pas dans 2 sens, c'est un rail droit. Mais après voilà c'est en fonction  
178 des différentes personnes. Nous là on a une personne, je ne sais pas encore ce que je vais pouvoir proposer, je dois travailler avec cette  
179 personne-là. Le transfert à 2 personnes ça devient très très compliqué parce qu'en plus elle a mal à l'épaule. On lui a proposé le  
180 verticalisateur ça ne lui convient pas elle le refuse. Donc il faut que je vois un petit peu ce qu'elle va pouvoir utiliser. Il y a un temps, on  
181 utilisait le Turner mais maintenant elle n'est plus trop en capacité de l'utiliser. Donc je ne sais pas encore comment je vais pouvoir  
182 amener à faire accepter une aide technique.
- 183 **E : D'accord. Donc vous faites plusieurs essais en fait avec elle et ?**
- 184 E1 : Ba on est obligé de tester aussi avec les résidents. Quand c'est des résidents qui ne participent pas, qui ne posent pas de  
185 questions, on a tendance à faire un petit peu, j'ai envie de dire, quelque part c'est plus facile parce qu'on décide de faire d'une technique  
186 et puis si la personne elle n'est pas être opposante, heu voilà. Mais une personne qui est capable de décider de ce qu'elle veut, quand elle  
187 refuse l'aide technique, même si c'est facilitateur pour tout le monde, heu ba il faut trouver d'autres solutions. Il y a certaines aides  
188 techniques on ne va pas pouvoir les imposer. Le lève malade on peut l'imposer du moment que la personne elle ne tient plus du tout  
189 debout, pour lui montrer qu'il y a un confort pour tout le monde. Mais elle n'en est pas encore là cette dame, donc il faut qu'on trouve  
190 une autre solution. Elle peut encore pousser un peu sur ses jambes mais le pivot est difficile. Donc heu voilà. Et puis elle a mal à l'épaule.  
191 Mais, elle n'est pas encore prête au lève-malade parce que ça lui rappelle l'hôpital. Donc il va y avoir tout un travail à faire avec elle par  
192 rapport à l'acceptation des aides-techniques.
- 193 **E : Un travail plus psychologique du coup ?**
- 194 E1 : Oui. Ça sera peut-être un travail psychologique ou un travail, ba voilà de lui montrer les bienfaits, mais il ne faut pas vouloir  
195 d'emblée réussir à lui faire accepter ça. C'est par des négociations, des explications, d'essayer par d'autres aides techniques.
- 196 **E : D'accord. Et du coup quand vous vous rendez compte que l'aide-technique ou l'aménagement de l'environnement**  
197 **limite la participation des résidents, qu'est-ce que vous pouvez faire en tant qu'ergothérapeute ? Vous m'avez déjà parlé de**  
198 **certaines choses mais est-ce qu'il y en a d'autres que vous pouvez faire ?**
- 199 E1 : Ba après c'est en collaboration avec le kiné. Si il y a une prescription kiné comme travailler les transferts, la marche, la  
200 verticalisation, ba ça peut-être une heu voilà. Moi si j'ai des gens qui m'ont en prescription pour des groupes d'activités physiques, heu  
201 le travail de l'équilibre, ba je vais pouvoir faire ça conjointement avec le kiné. Heu puis après c'est de, de voilà, de faire 2-3 petits

- 202 exercices sur le travail des transferts. Je peux aussi travailler le transfert avec la personne. C'est tout un travail d'approche en fait, pour  
203 montrer quelles sont les possibilités ou pas. Voilà.
- 204 **E : Ok et donc tous ces éléments environnementaux est-ce que vous les prenez en compte lors de l'évaluation des capacités**  
205 **des résidents ?**
- 206 E1 : Heu oui parce que des fois ça m'arrive de déménager une table de nuit, le temps du transfert pour pouvoir bien positionner  
207 le fauteuil. Donc ça je, pareil, je donne une information aux soignantes, qui n'est pas toujours suivie parce que du coup il faut déplacer  
208 du mobilier.
- 209 **E : Et le déplacement ne peut pas se faire de manière permanente ?**
- 210 E1 : Non ça dépend. Ça dépend comment sont positionnées les choses. Il y a des résidents qui veulent absolument, qui se lèvent  
211 toujours du même côté et qui se lèvent du côté où il y a la table de nuit et des fois la table de nuit elle est, voilà, elle est du côté où ils  
212 vont pouvoir accéder, donc si on la met de l'autre côté ça ne va pas. Il y a des fois où on ne peut pas aménager de manière définitive et  
213 des fois on est coincé de par la nécessité d'autres choses en fait. Et puis des fois c'est par rapport à la place dans les logements. Il y a des  
214 logements qui sont très vastes et on a certains logements qui sont quand même plus petits, donc après ça dépend de la taille du logement.
- 215 **E : D'accord. Et du coup quel intérêt vous voyez à faire participer les résidents lors des manutentions ?**
- 216 E1 : Et bien à garder le maximum de temps leur autonomie, heu au niveau moteur c'est quand même important. Et puis pour les  
217 soignantes, de voir que les gens sont encore capables de faire des choses, c'est aussi important. Donc ça va être très bien pour tout le  
218 monde. C'est-à-dire qu'on va essayer de garder un maximum de d'indépendance au transfert en les faisant participer. Pour le soignant  
219 ça sera plus facile et avec moins de risque pour le résident.
- 220 **E : D'accord. Et est-ce que vous avez constaté lors de vos interventions des difficultés de la part des aides-soignants heu,**  
221 **pour faire participer les résidents justement ?**
- 222 E1 : Oui. Oui parce les soignantes elles ont pris heu, que ça soit à l'hôpital ou n'importe où, elles prennent très vite le pli de  
223 « faire à la place de ». Pour certaines manutentions hein, pour certaines choses. Et du coup quand on essaye de participer, il faut attendre  
224 que la personne commence à faire, que la personne soit en capacité de comprendre, il faut leur laisser le temps de faire, et ça c'est très  
225 difficile, et les soignantes ont beaucoup de peine à attendre et commencent à faire les mouvements pour pouvoir les aider. Ça s'est tout  
226 un apprentissage.
- 227 **E : Donc c'est surtout un manque de temps de leur part ?**
- 228 E1 : Alors, il peut y avoir un manque de temps mais heu ce n'est pas forcément le cas, parce que si on laisse le temps à la personne,  
229 et bien finalement on a un gain de temps. Et on peut avoir un gain aussi, par rapport à l'agressivité de certaines résidents qui ont des  
230 troubles du comportement. Leur laisser le temps c'est leur montrer qu'ils sont encore en capacité de faire, en capacité de décider et que  
231 ce sont encore des personnes à part entière. Quand on fait à leur place ils n'ont plus de heu, ils n'ont plus de place. Et si ils veulent avoir  
232 cette place-là et qu'on ne les écoute pas, ba le seul moyen pour eux de se faire un peu entendre c'est l'agressivité. Donc c'est aussi un  
233 moyen d'apaiser des troubles, certains troubles des comportements hein, pas tous évidemment. Et aussi par rapport aux douleurs, quand  
234 une personne est douloureuse chronique par exemple par rapport à de l'arthrose, si on lui laisse le temps de faire par elle-même, elle va  
235 trouver un moyen de faire sans se faire trop mal, si nous on intervient et si on ne fait pas attention on de grande chose de faire mal à la  
236 personne, alors que si elle fait elle-même elle va pouvoir contrôler sa douleur. Je ne sais pas si vous avez déjà eu mal au dos ?
- 237 **E : Si.**
- 238 E1 : Coincée dans le lit, si quelqu'un vient vous aider en général vous n'avez pas trop envie. Si vous faites par vous-mêmes  
239 effectivement vous allez mettre du temps, mais, vous allez y arriver avec moins de douleur. Donc c'est pareil pour les résidents en fait  
240 hein.
- 241 **E : D'accord.**
- 242 E1 : Voilà et en fait au final on a quand même un gain, parce que la personne elle va faire. Mais c'est surtout de leur dire ce qu'on  
243 va faire, de parler, c'est de mettre des mots sur ce qui va être fait, ça c'est vraiment important. Ça c'est quelque chose qu'elles ont quand  
244 même, pour la plupart, bien compris. Heu on a une dame qui en en capacité de comprendre quand même les choses si on prend le temps  
245 de lui expliquer. C'est une dame qui est douloureuse parce qu'elle a de l'arthrose chronique depuis des années, mais elle refuse tout  
246 traitement antidouleur. Elle avait 3 ou 4 traitements cette dame. Elle refuse tout traitement. Elle a des rétractions au niveau des genoux  
247 et puis des hanches, rétractions en flexion hein. Elle ne peut plus étendre ses jambes totalement. Par exemple pour le coucher ou pour le  
248 lever quand on lui explique ce qu'on va faire, qu'on prend le temps, on arrive à le faire sans difficulté et elle va participer. Par contre, si  
249 on vient vers elle, qu'on ne prévient pas vraiment de ce qu'on va faire, qu'on vient à deux et qu'on la prend vraiment comme ça pour  
250 l'installer au lit, là vous êtes sûre que si il y a des lunettes elles vont voler, s'il y a des cheveux ils vont être tirés, les morsures et les  
251 coups de poings vont fusés. Alors qu'autrement on arrive à faire sans problème. Et ça ça a été un travail de longue haleine pour arriver  
252 à ça.
- 253 **E : D'accord.**
- 254 E1 : Oui moi j'ai vraiment noté des choses assez importantes. On a une esthéticienne qui fait les ongles des pieds, des mains, qui  
255 leur fait aussi les poils du menton. Au début, elle pouvait pas faire chez cette dame, c'était très très compliqué. L'aide-soignante était  
256 obligée d'être avec elle pour la maintenir pour pas ne pas que l'esthéticienne se fasse tirer les cheveux. Maintenant elle peut faire toute

257 seule, parce qu'on connaît bien la dame, qu'on lui explique tout, qu'on prend tout le temps et que du coup elle se rend compte  
258 que ça se passe bien. Faut vraiment prendre le temps de lui expliquer les choses.

259 **E : Donc qu'est-ce que vous faites par rapport aux aides-soignantes ? Vous leur expliquez tout ça en fait ou vous leur**  
260 **montrer ?**

261 E1 : Ah oui oui je leur explique et je leur montre. Pour cette dame j'y suis allée plusieurs fois le soir au moment du couché parce  
262 que c'était vraiment problématique. Heu c'est une dame, elle tient juste debout hein, on ne prend pas le moteur parce que ça peut être  
263 très compliqué avec elle. Il ne faut pas qu'il y ait la sangle entre les jambes heu. Mais on va être obligé d'y passer à un moment ou à  
264 autre, mais voilà il va falloir qu'on prenne le temps pour ça, de lui expliquer les choses pour que ça se passe le mieux possible.

265 **E : D'accord. Et du coup les difficultés à faire participer les résidents est-ce qu'elles ont d'autres raisons que le fait de ne**  
266 **pas prendre assez le temps, de pas assez expliquer ? Pourquoi les aides-soignants auraient autant de difficultés ?**

267 E1 : Mais parce que en fait heu, dès leur formation, enfin après je me plante peut-être hein, à mon avis dès leur formation, comme  
268 elles vont en stage heu, surtout à l'hôpital, il faut aller vite. Elles n'ont pas le temps donc elles vont vite. Donc, on ne laisse pas le temps  
269 aux gens de faire par eux-mêmes. Les gens qui sont grabataires, qui ont un problème de compréhension, on ne va prendre le temps, on  
270 va faire à leur place. On ne va même pas se poser la question de savoir si la personne est capable de se tenir debout à l'hôpital parfois.  
271 Et du coup, en fait, ils sont formatés dans un truc comme ça et ils oublient de demander à la personne et d'attendre qu'elle commence à  
272 faire le mouvement. Quand les gens peuvent faire tout seul ou qu'ils peuvent encore se déplacer, qu'ils marchent, il n'y a pas de problème  
273 là elles vont demander à la personne de faire, mais dès que c'est entre deux, dès qu'il y a un problème un peu cognitif, où c'est plus  
274 difficile, que les gens sont ralentis, c'est plus compliqué. Donc il y a vraiment besoin d'aide pour assoir la personne. Quand il y a  
275 vraiment une aide au transfert c'est plus compliqué de faire vraiment participer la personne. Elles ont tendance à commencer les  
276 mouvements avant que la personne est commencée à agir. Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire ?

277 **E : Si si je vois.**

278 E1 : Voilà. Donc c'est ça qui est difficile.

279 **E : Ok. Et du coup lors de vos interventions, donc vous donnez des conseils par rapport à ce que vous venez de me dire,**  
280 **et est-ce que vous donnez d'autres types de conseils et informations aux aides-soignants ?**

281 E1 : Heu ba je donne des conseils par rapport à l'utilisation des fauteuils, des inclinaisons d'assises pour les fauteuils confortés,  
282 heu le dossier, les repose-jambes, je donne un peu des consignes par rapport à ça. Heu je leur rappelle certaines choses par rapport aux  
283 fauteuils roulant, par rapport à l'utilisation. Voilà. Comment positionner les petites roues avant aussi, pour éviter les chutes si la personne  
284 se penche en avant sur ses repose pieds. Enfin bon voilà, des petites choses comme ça. Heu quand les gens ont des problématiques au  
285 niveau des épaules, je peux donner des techniques aussi par rapport à l'habillage ou au déshabillage, quand je vais avec elles.

286 **E : Donc ça a un lien avec les transferts ça ?**

287 E1 : Ba ça n'a plus de lien avec les transferts mais c'est dans la continuité des choses. C'est dans la mobilité de la personne en  
288 fait. Si on fait participer la personne à l'habillage, on va penser à la faire participer aux transferts.

289 **E : D'accord. Et vous m'aviez dit que vous aviez une formation G.A.P.A.**

290 E1 : Oui Gestes et Activation de la Personne Agée.

291 **E : Et du coup vous donnez aussi des techniques par rapport à cette formation ?**

292 E1 : Ba de toute façon oui, quand je fais les formations de manutentions je mélange de la manutention et du G.A.P.A en fonction  
293 des techniques. Je leur donne 2 ou 3 techniques par mouvements.

294 **E : Est-ce que vous pourriez me réexpliquer brièvement ce que c'est que cette technique ?**

295 E1 : C'est de la manutention qui est vraiment plus spécifique pour la personne âgée. C'est-à-dire que La Manutention des malades  
296 à la SIFAM ça a été mis en place par Paul Dotte, qui est un kinésithérapeute, qui doit peut être approché les 90 ans, et Max Abric, qui  
297 était ergothérapeute, qui est à la retraite maintenant, et qui a travaillé avec Paul Dotte. Et ils ont mis ensemble les Gestes et activations  
298 de la personne âgée parce que la manutention n'est quand même pas la même, les personnes n'ont pas les mêmes capacités, avec les  
299 problèmes de rétractions, de compréhension, de gestuelles. Donc il y a quelques petites différences par rapport aux mouvements de  
300 références, aux mouvements types de départ. Par exemple, si vous vous couchez sur un lit ou sur une table et que vous voulez vous  
301 remonter en haut de la table, vous allez pliez vos deux jambes pour avoir vos talons qui vont pousser sur la table, vous vous serez mis  
302 en appui sur les avant-bras, vous allez redressez la tête, il n'y a aura que les fesses qui touchent et vous allez pousser sur vos talons et  
303 sur vos coudes pour vous ramener vers le haut de la table. Par contre une personne âgée, ça c'est un mouvement qu'elle ne va pas pouvoir  
304 faire, de plier ses jambes et de prendre un appui sur ses coudes, parce qu'elle a mal aux... Donc là les personnes pour se remonter dans  
305 le lit elles vont faire un mouvement de reptation. C'est-à-dire qu'elles vont mettre leur poids sur une fesse, elles vont dégager une fesse  
306 et puis pouvoir pousser sur la jambe dans la continuité de la fesse qui est dégagée pour pouvoir se remonter, et puis on va faire pareil de  
307 l'autre côté. C'est aussi ce qu'on fait sur une chaise pour pouvoir s'asseoir au fond du siège.

308 **E : D'accord. Oui c'est ce qu'on appelle la marche fessière.**

309 E1 : Voilà. Sauf que là ça va être couché pour se remonter au lit. Ça c'est des choses qu'on peut utiliser. Bon, je ne montre pas  
310 trop parce que ça reste quand même assez complexe à faire. Il faut que ça soit des gens qui comprennent quand même les consignes.

- 311 **E : D'accord.**
- 312 E1 : Ca peut être des techniques utilisées. Par exemple, pour le fauteuil, au lieu de remettre la personne en la poussant vraiment,  
313 enfin, les 2 fesses ensemble au fond, ba effectivement ce mouvement de reptation, de marche fessière va pouvoir être utilisé par le  
314 soignant pour remettre la personne au fond du fauteuil quand c'est quelqu'un qui n'est plus en capacité de le faire par soit même.
- 315 **E : D'accord. Et du coup, et bien vous leur apportez des conseils par rapport aux aides techniques, par rapport à des**  
316 **techniques ergonomiques, c'est ça ?**
- 317 E1 : Oui oui.
- 318 **E : Et heu du coup par rapport au fait qu'il faut prendre du temps pour faire les manutentions**
- 319 E1 : Oui, en prenant un petit peu de temps on va pouvoir gagner. De, de bien positionner son matériel pour être aidant, c'est-à-  
320 dire que quand on fait, dans un fauteuil roulant confort, un rehaussement assis, on va peut-être être un petit peu aidant si on incline un  
321 petit peu l'assise, ou le dossier pour pouvoir l'amener vraiment au fond. Donc après ça va dépendre de la personne qu'on a dans le  
322 fauteuil. Si la personne n'a pas appui sur les cales pieds ou sur le sol pour se mettre au fond du fauteuil ça ne va marcher. Donc il faut  
323 prendre en compte tous ces facteurs-là, de bien visualiser les choses pour pouvoir mettre dans une position aidante.
- 324 **E : Hum hum. Et du coup comment vous transmettez tous ces conseils aux aides-soignants ?**
- 325 E1 : C'est quand je les vois dans le service, quand elles font. Je vais aller les voir pour leur redire. En général je me base sur des  
326 choses qu'on a vu avec elles en formation et je leur remontre sur le terrain. Mais c'est des choses qu'il faut remontrer régulièrement  
327 parce que c'est très vite oublié. Elles se laissent aller dans ce qu'elles ont l'habitude de faire. Donc il faut leur rappeler régulièrement.
- 328 **E : D'accord. Donc vous faites à leur place pour leur montrer et ensuite vous regardez comment elles se débrouillent**  
329 **elles ?**
- 330 E1 : Alors je ne fais pas forcément à leur place. Des fois je vais leur demander de me montrer et puis je vais leur remontrer après  
331 en leur disant « Voilà en faisant comme ça là ça va aller ». Ou moi je leur montre « la personne était dans cette position là et vous avez  
332 fait ça mais par contre si vous aviez fait comme ça, ça aurait été plus facile ». Ca dépend de qui c'est que j'ai en face de moi en fait  
333 aussi. Je m'adapte. En fonction de ce qu'elles savent déjà ou des erreurs, enfin de comment elles ont fait, et je vais leur proposer des  
334 manières différentes. Ou quand c'est des rehaussements au fauteuil, quand on le fait à 2, ba je me mets avec une, pour montrer, et c'est  
335 moi qui donne les ordres. Elles ont de la peine à donner les ordres, pour heu, pour la personne et pour la collègue qui est avec elles quand  
336 elles font des manutentions à 2. De demander si elles sont prêtes, voilà elles oublient de donner le signal de départ.
- 337 **E : D'accord. Et heu quand vous observez des grandes difficultés de la part des aides-soignants pour réaliser les**  
338 **manutentions, est-ce qu'il vous arrive de faire certaines préconisations à la direction de l'établissement ? Pour faciliter**  
339 **l'accompagnement des résidents.**
- 340 E1 : Oui ba quand il y a des problématiques, que ça soit matériel, je vois avec la cadre en général. Il n'y a pas besoin de monter  
341 plus haut pour résoudre heu, ba voilà, il y a peu de temps on avait louer un verticalisateur parce qu'il nous en fallait un supplémentaire  
342 parce qu'il y avait plusieurs résidents qui en avait besoin, donc on fait l'annotation pour qu'il y ait un verticalisateur de plus pour pallier  
343 justement aux difficultés que rencontrent les soignantes. Heu là on a besoin d'un Turner supplémentaire, ça fait un moment que je le  
344 réclame et je pense que là on va pouvoir l'avoir cette année. Après c'est toujours pareil, des fois c'est le problème financier qui va nous  
345 bloquer, pour pouvoir répondre d'emblée. Mais après moi je regarde vraiment que ça soit du matériel qui soit utilisé. Je ne vais pas faire  
346 acheter des choses qui ne seront pas utilisées par la suite. Donc on en discute, on voit les problématiques et on essaye de voir.
- 347 **E : Ok. Et souvent ce que vous avez préconisé comme aides-techniques ça a permis de régler les problématiques des aides-**  
348 **soignants ?**
- 349 E1 : Heu ba en général ça les règlent pendant un certain temps. Parfois ça ne fonctionne pas donc on réévalue. On essaye de voir  
350 comment ça peut fonctionner. Il y a des fois où ça fonctionne très bien, des fois où ça fonctionne moins bien. Heu des fois c'est à  
351 réévaluer très rapidement parce que c'est une période où le résident concerné est dans une phase évolutive, heu plus ou moins rapide.  
352 Des fois il y a des pertes d'autonomie qui sont très rapides. Donc voilà, il faut s'adapter continuellement.
- 353 **E : D'accord. Et heu, pourquoi vous avez choisi d'intervenir au quotidien auprès des aides-soignants et pas seulement lors**  
354 **de formations ponctuelles ?**
- 355 E1 : Parce que les formations ponctuelles c'est bien sur un temps : elles entendent bien, elles sont toutes contentes, elles vont  
356 réussir à mettre ça en place peut-être la première semaine, 15 jours et après ça se perd parce qu'elles repartent dans le quotidien ou parce  
357 qu'en fait elles ne se voient pas et elles ne pensent pas forcément à se dire « Attention à ton dos ». Parce que moi quand je les vois  
358 travailler, je vois des choses et je ne peux pas m'empêcher d'aller leur dire. Je trouvais que c'était intéressant et que, en fait il y a eu  
359 quelques mois, elles ont eu pas mal de problématique par rapport à des résidents qui devenaient difficiles au niveau de l'autonomie et  
360 donc au niveau des transferts, et je sentais l'équipe en difficultés donc il fallait que j'intervienne. C'est autant pour elles que pour les  
361 résidents.
- 362 **E : D'accord. Heu et vous avez eu quel retour de la part des aides-soignantes sur ces interventions quotidiennes auprès**  
363 **d'eux ?**

364 E1 : Euh, en général j'ai du positif. Alors parfois elles me disent « Ah ba non là ça ne fonctionne pas, est-ce que tu peux revoir ?  
365 ». Heu mais quand je suis intervenue ou que je leur ai montré des choses, très souvent elles sont très contentes. Après le retour aussi que  
366 j'ai c'est que quand je viens ba effectivement on prend quand même un petit peu plus de temps, même si j'essaye de limiter. Donc quand

367 elles savent qu'elles sont un peu heu, quand il y a des arrêts, quand elles sont en nombre limité, elles n'aiment pas bien me voir  
368 arriver parce qu'elles se disent « Oh là là on va perdre du temps ». Bon quand c'est comme ça, au contraire je ne leur fais pas perdre du  
369 temps, je leur donne un coup de main, mais voilà c'est heu.

370 **E : D'accord. Vous sentez un manque de motivation certaines fois.**

371 E1 : Ba disons que non, je peux comprendre parce que quand elles sont 3 enfin 4 pour coucher 40 résidents le soir, suivant la liste  
372 qu'elles ont, je peux comprendre qu'elles n'auront pas le temps de faire tout le monde. Effectivement certains résidents sont plus  
373 demandeurs que d'autres et heu voilà, il y a des moments où elles sont justes. Mais en général même celles qui me disent ça, c'est dans  
374 les premières qui vont venir me chercher pour me demander des choses. Donc ce n'est pas négatif. Effectivement, je crois que parfois  
375 elles sont vraiment justes et elles se disent « on est déjà juste, si en plus tu viens me faire perdre 5-10 minutes par ci par là », ba ça peut-  
376 être beaucoup pour elles.

377 **E : D'accord. Et dans ces cas-là du coup vous faites quand même l'intervention ou vous revenez plus tard ?**

378 E1 : Ba ça dépend, je ne les vois pas forcément toutes en mêmes temps donc je vais voir celles qui sont disponibles, suivant les  
379 résidents. Et surtout si c'est des résidents que je veux absolument voir parce que je sais qu'il y a une évolution, parce ce que ça me  
380 permet de faire une évaluation du résident en même temps, je dis « je viens » mais voilà je ne leur fais pas perdre plus de temps.

381 **E : D'accord.**

382 E1 : On se chahute de temps en temps mais il y a quand même des équipes qui sont très demandeuses de ce que je peux leur  
383 proposer donc je ne suis pas en guerre avec elles. Ce n'est pas toujours le cas d'ergo qui bossent en EHPAD où elles n'interviennent que  
384 ponctuellement. Là les équipes ça ne passent pas forcément.

385 **E : Oui. Vous pensez qu'il faut être plus présent.**

386 E1 : Ba disons que moi j'ai une collègue ergo qui est dans un établissement où elle est à 30 pourcents sur une EHPAD de 250  
387 lits. Le reste c'est sur l'hôpital ou sur un PASA. Heu sur 250 lits, en venant 30 pourcents, ba elle vient dire « je vais faire des installations  
388 au lit, au fauteuil », elle va donner certaines consignes, certains conseils mais les soignantes elles ne vont pas prendre ça au sérieux. Elles  
389 vont dire « Qu'est-ce que tu nous enquiquines, t'es jamais là, heu c'est pas toi qui est là tu ne sais pas ». C'est pas toujours facile. Là en  
390 y étant tout le temps sur le service, en les côtoyant tous les jours, en étant présente, je pense que c'est plus facile de faire passer les  
391 choses.

392 **E : Ok. Donc vous pensez qu'il faut être présent assez régulièrement dans l'EHPAD pour pouvoir donner des conseils de**  
393 **manutention.**

394 E1 : Ouai. Ah oui, autrement c'est heu.

395 **E : C'est malvenu.**

396 E1 : Voilà. On a fait la formation, on est content mais je ne suis pas sûre que ça apporte vraiment quelque chose.

397 **E : D'accord. Et du coup est-ce que vous avez pensé à des améliorations dans la manière d'organiser vos interventions,**  
398 **ou de transmettre vos connaissances ? Pour qu'elles soient mieux appliquées par les aides-soignantes.**

399 E1 : Heu là en ce moment je ne réfléchis pas trop à ça parce que je suis dans l'ouverture du PASA et heu c'est vrai que la  
400 manutention, là elle est un peu laissée à côté. Mais heu oui j'ai des pistes d'améliorations, je pense que c'est un travail quotidien ça. Plus  
401 on est présent pour montrer, mieux c'est. Mais il faut montrer que c'est avantageux pour elles, il faut que ça reste dans le positif. Je pense  
402 qu'il faut être présent. Il faut que les personnes puissent nous appeler au moment où elles en ont besoin. Il faut être quand même très  
403 disponible.

404 **E : Et vous pensez qu'il faut être disponible combien de temps dans la semaine ?**

405 E1 : Heu c'est très variable, moi comme ça je ne pourrais pas dire. Mais je pense que tous les matins il faut avoir un temps de  
406 disponibilité pour pouvoir aller voir s'il y a besoin.

407 **E : D'accord. Donc il faut avoir un poste dans un EHPAD où on peut être présent tous les jours, heu pas forcément toutes**  
408 **la journée mais au moins un temps dans la journée.**

409 E1 : Oui au moins un temps dans la journée ouai. Des fois c'est pas forcément tous les jours mais après tout dépend comment ça  
410 fonctionne et tout dépend comment est accueillie l'ergothérapeute dans l'EHPAD. Tout dépend comment a été présenté l'ergothérapeute,  
411 tout dépend comment elle fonctionne aussi.

412 **E : Et peut-être les relations qu'elle a avec les équipes aussi.**

413 E1 : Ah oui oui, tout dépend les relations qu'elle va pouvoir avoir. Suivant comment elle présente les choses, ça va jouer  
414 énormément oui.

415 **E : Ok. Et depuis que vous intervenez auprès des aides-soignants, est-ce que vous avez constaté des changements dans la**  
416 **manière dont ils perçoivent la tâche de manutention et ils la réalisent ?**



417 E1 : Pour certaines manutentions oui il y a des choses qui ont évolué. Elles commencent à utiliser un petit mieux les aides  
418 techniques, j'aurais envie de dire, plus correctement. Même les lits, elles les utilisent un petit peu mieux. Régler la tête du lit pour aider  
419 à un transfert couché-assis ou assis-couché heu. Elles commencent à l'utiliser dans de bonnes conditions. Avant elles remontaient parfois  
420 trop la tête de lit, il y avait certaines manutentions où elles mettaient les lits trop hauts ou trop bas. Voilà des choses comme ça. Donc il  
421 y a des choses qui se mettent en place, ce n'est pas encore complètement acquis mais il y a des choses qui se passent.

422 **E : D'accord. Donc c'est surtout dans l'utilisation des aides-techniques que ça change ?**

423 E1 : Dans les postures aussi parce que, bon après il a des choses qui peuvent être faussées parce que dès qu'elles me voient arriver  
424 dans les parages elles font attention à ce qu'elles font. Mais, du moment qu'elles mettent une vigilance quand elles me voient arriver, si  
425 elles se disent « Ah là je suis mal positionnée, il faut que je me repositionne », heu ba c'est déjà quelque chose, parce que petit à petit  
426 ça peut devenir une habitude.

427 **E : Oui c'est une prise de conscience.**

428 E1 : Il y a des prises de conscience qui se font oui.

429 **E : D'accord. Et bien je vous remercie, l'entretien touche à sa fin.**

430 E1 : D'accord.

431 **E : Vous avez peut-être des éléments à rajouter ? Qu'on n'a pas abordés.**

432 E1 : Heu non là comme ça je ne vois pas.

## ANNEXE VIII : Retranscription entretien avec E2

- 1 **E : Est-ce que vous pourriez me décrire la population qui est accueillie dans l'EHPAD dans lequel vous exercez ?**
- 2 E2 : Alors on a 80 résidents qui vont du GIR 1 au GIR 6, on a à peu près 60 pourcents de GIR 1 et 2 et le reste en GIR 3 - 4 - 5 -  
3 6. On a des démences qui vont de la démence légère à la sévère. On a des démences types Alzheimer, Parkinson, heu frontales, heu à  
4 corps de Lewy. On a aussi un syndrome Parkinsonien. On a des pathologies peu connues. On a une pathologie de Steele-Richardson,  
5 heu voilà. Et puis tous les classiques, les troubles visuels, moteurs, sensoriels, etc.
- 6 **E : Ok. Et c'est des résidents qui ont à peu près quel âge du coup ?**
- 7 E2 : Alors ça va à peu près de 70 à 103-104.
- 8 **E : D'accord.**
- 9 E2 : On a un secteur protégé, donc ça c'est pour des personnes qui présentent des risques par rapport à la déambulation ou par  
10 rapport aux chutes. On a une unité de poconing, ça c'est pour les résidents qui présentent une grande dépendance, qui ont besoin d'une  
11 aide à l'alimentation et on a une petite salle kiné.
- 12 **E : D'accord. Et est-ce que vous travaillez à temps complet dans l'EHPAD ?**
- 13 E2 : Oui. Alors j'ai commencé à mi-temps et la psychomotricienne ayant lâché son mi-temps, la directrice m'a proposé un temps  
14 plein.
- 15 **E : D'accord.**
- 16 E2 : Et je bosse aussi en parallèle avec l'IFE car je reçois aussi beaucoup de stagiaire de l'IFE de Marseille et qui s'intéresse aussi  
17 beaucoup à la promotion des ergos en EHPAD sur les temps pleins. Voilà ça c'est pour la petite info.
- 18 **E : Ok. Et est-ce qu'il est inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes par  
19 rapport à la manutention des résidents ?**
- 20 E2 : Heu oui alors bon on a des petites difficultés sur notre établissement, c'est un établissement qui marche très bien mais après  
21 au niveau protocoles, fiches de postes on n'est pas super à jour. Après oui complètement c'est dans mes missions d'accompagner au  
22 quotidien les aides-soignants, notamment sur les toilettes le matin, pour les toilettes thérapeutiques ou les toilettes évaluatives. Heu voilà  
23 et tout ce qui est conseils, préconisations, gestes, techniques de manutentions, conseils aides techniques, manipulation des techniques,  
24 etc.
- 25 **E : D'accord. Et vous avez quelle formation par rapport aux manutentions et à quand est-ce que remonte votre dernière  
26 formation ?**
- 27 E2 : Ouf alors pas de formation spécifique. Moi j'ai fait l'IFE de Berck, on a eu une formation manutention avec des intervenants  
28 extérieurs et des formateurs intérieurs et voilà. Je n'ai pas fait de formation en plus. J'ai embrayé directement sur des formations de  
29 travailleurs en ESAT, parce que je fais aussi des formations Gestes et Postures pour les travailleurs handicapés en ESAT.
- 30 **E : D'accord. Et est-ce que vous pourriez me décrire de manière générale, l'ensemble des actions vous avez mises en place  
31 auprès des aides-soignants ? Dans le domaine de la manutention.**
- 32 E2 : Alors on est sensé avoir une petite formation interne hebdomadaire, seulement à cause de nos petits soucis de coordination  
33 ça ne fonctionne pas très bien. Donc en fait je fais ces formations de manière informelle, tous les matins avec les aides-soignants quand  
34 je fais le tour des services. Heu voilà c'est surtout être là quand il faut pour les toilettes problématiques, essayer de cibler que les toilettes  
35 complètes évaluatives et thérapeutiques.
- 36 **E : D'accord. Et heu en dehors des actions de formations qui devaient s'organiser ponctuellement à la base, comment  
37 s'organisent vos interventions en quotidien ? Enfin vous m'avez dit tous les matins mais ça se fait du coup sur demande ou c'est  
38 planifié ?**
- 39 E2 : Heu non comme je bosse à temps plein, tous les matins je fais le tour des services. Heu après les aides-soignants peuvent me  
40 demander par exemple des toilettes réévaluatives. Si le résident à une baisse de capacités cognitives ou motrices, on fait une réévaluation  
41 des capacités préservées. Si on doit réécrire un projet personnalisé, concrètement là on prend rendez-vous effectivement pour cette  
42 toilette réévaluative pour peut-être relancer un projet personnalisé.
- 43 **E : D'accord. Donc vous évaluez en fait la toilette et le transfert en même temps, c'est ça ?**
- 44 E2 : Complètement. Alors à l'entrée du résident c'est assez protocolisé parce qu'en fait au bout de 3 mois les évaluations doivent  
45 être faites, synthétisées et incluses dans le projet personnalisé. Donc il y a une évaluation systématique qui est faite à l'entrée du résident  
46 et au moins une fois par an pour la réécriture du projet personnalisé. Ça peut être fait un petit peu plus si il y a une baisse des capacités,  
47 s'il y a un grand changement dans la vie du résident.

- 48 **E : D'accord. Donc vous m'avez dit que ça se faisait tous les matins, et ça prend à peu près combien de temps ?**
- 49 E2 : Alors tous les matins j'arrive à peu près à 9h, je fais un petit peu d'administratif jusqu'à 9h30, je suis sur les services, entre  
50 en gros 9h30 et 11h30. Voilà donc je passe voir chaque aide-soignant de chaque étage, pour vérifier s'ils ont des soucis de matériel, de  
51 résident, si tout fonctionne bien en gros pour les toilettes, et si ils ont besoins je me détache spécifiquement pour une toilette.
- 52 **E : D'accord. Vous allez les voir au bureau infirmier par exemple et après vous...**
- 53 E2 : Du tout ils sont déjà dans les chambres en fait. J'arrive le matin, les aides-soignants sont déjà dans les chambres. Donc je  
54 fais le tour du service, je toque aux portes, voir chaque aide-soignant dans les chambres.
- 55 **E : Ok. Heu du coup ça fait à peu près combien d'aide-soignant chaque matin ?**
- 56 E2 : Heu il y en a 8.
- 57 **E : 8. D'accord. Et ça s'adresse seulement aux aides-soignants ?**
- 58 E2 : Heu principalement, après je peux bosser avec les infirmiers pour heu, pff par exemple quand il y a de l'opposition aux soins,  
59 mais ça c'est plus trop du rôle de l'ergo, ça c'est plus de la psychomot. Heu il n'y a plus de psychomot donc du coup c'est moi qu'ils  
60 appellent. En tout cas, ma présence effectivement est surtout auprès des aides-soignants, un petit peu les kinés pour ce qui est mise en  
61 lien des informations. Comme les kinés sont libéraux je suis chargé de récolter les informations chez les kinés libéraux, de centraliser ça  
62 et de faire remonter ça au médecin coordinateur.
- 63 **E : D'accord.**
- 64 E2 : Là ce n'est pas du tout des conseils ou de l'accompagnement c'est plus de la coordination.
- 65 **E : D'accord. Et depuis quand vous faites ce type de conseils le matin ?**
- 66 E2 : Heu j'ai commencé pendant 10 mois à mi-temps donc là c'était un petit peu dure d'être vraiment sur le terrain, je gérais  
67 surtout le matériel. C'est quand j'ai pu passer à plein temps donc ça fait plus d'un an.
- 68 **E : D'accord. Ok. Et heu comment, et quand les aides-soignants peuvent vous solliciter lorsqu'il y a une situation de  
69 transfert qui pose problème ?**
- 70 E2 : Alors tous les matins quand je passe dans le service ou sinon à 11h30 pour le staff. Mais généralement à 11h30 c'est la fin  
71 des toilettes donc ils m'ont déjà vu, ils m'ont déjà prévenus.
- 72 **E : D'accord.**
- 73 E2 : Après par exemple on peut mettre en place des venues régulières. Là je pense à une dame que j'ai été voir pendant 3 mois,  
74 tous les matins, pour faire ses transferts, parce que c'est une dame qui reprenait des capacités motrices et qui pouvait à nouveau se lever  
75 et faire son transfert sur le fauteuil. Donc là les aides-soignants qui se sentaient un peu en galère et à qui ça prend du temps aussi hein,  
76 il a cette notion de temps qui est très importante, les A-S ils sont très speed le matin donc du coup le thérapeute se détache pour ce genre  
77 de prise en charge spécifique.
- 78 **E : D'accord. Heu je vais vous demander maintenant des questions par rapport à l'évaluation que vous pouvez faire de  
79 l'aptitude des résidents à faire leur transfert.**
- 80 E2 : Oui.
- 81 **E : Donc j'aimerais savoir comment vous faites en tant qu'ergothérapeute pour définir le niveau de dépendance des  
82 résidents lors des transferts ?**
- 83 E2 : Alors on a plusieurs bilans. Donc il a déjà des bilans validés. Le Get up and Go test, le Timed up and go test qui est  
84 chronométré, qui donnent déjà une indication par rapport au risque de chute. Heu puis après on a 2-3 bilans, par exemple se lever 5 fois  
85 d'une chaise, ça teste aussi la fatigabilité, l'extension fonctionnelle, ça c'est plus membre sup. Et ensuite on a des petits bilans maisons,  
86 on va surtout observer le résident, lors de la toilette, lors de ses déplacements, voilà à l'entrée, pour essayer de définir de quoi il a besoin  
87 comme aides techniques, s'il a besoin d'une aide humaine, s'il a besoin de temps de repos. Voilà c'est vraiment l'observation, plus les  
88 bilans à l'entrée du résident qui détermine ça.
- 89 **E : D'accord. Donc c'est des bilans qui testent surtout les capacités physiques de la personne ?**
- 90 E2 : Oui. Alors il y a des bilans validés et puis il y a des bilans maisons. Donc les bilans validés c'est ceux dont je t'ai parlé donc  
91 le Timed up and Go et le Test du Lever, je ne sais plus comment ça s'appelle Lever-assis, je sais plus quel est son nom technique. Après  
92 il y a des petits bilans que nous on fait. Pour voir par exemple s'il a la capacité de se lever du fauteuil on va analyser le schéma moteur,  
93 pareil pour la marche on va analyser le schéma moteur avec la longueur du pas, la hauteur du pas, la fatigabilité, le périmètre de marche.  
94 Voilà c'est plusieurs critères inclus dans un bilan maison.
- 95 **E : D'accord. Et comment est-ce que vous transmettez votre diagnostic en quelque sorte, aux aides-soignants ?**

- 96 E2 : Alors directement par oral sur le terrain, ensuite par écrit sur le dossier informatique et enfin aux staffs, là où il y a toute  
97 l'équipe qui partage les informations. Si besoin de l'affichage en chambre mais on essaye de limiter en EHPAD parce que c'est un lieu  
98 de vie.
- 99 **E : Ok. Et vous transmettez quelles informations du coup quand c'est comme ça ?**
- 100 E2 : Alors j'essaie de cibler vraiment que ce qui est purement ergo. Donc ça va être d'abord tout ce qui est motricité donc la  
101 capacité de se lever, de s'asseoir, de réaliser ses transferts seul. Ensuite la réalisation des activités de vie quotidiennes : la toilette, la  
102 douche, l'habillement, le repas, pour certains la prise des médicaments, la réalisation des loisirs.
- 103 **E : Du coup en fait les capacités de transferts elles s'incluent dans toutes les activités de vie quotidiennes heu...**
- 104 E2 : Complètement, alors c'est là aussi l'intérêt de, moi je présente mes bilans à 2-3 niveaux, le premier niveau analytique donc  
105 vraiment avec tout ce qui va être troubles cutanés, trophiques, la douleur, les amplitudes articulaires si besoin. On ne le fait pas en  
106 systématique hein, on ne va pas faire de la goniométrie sur les personnes âgées. On observe les amplitudes articulaires, un petit peu de  
107 façon générale. Pareil au niveau du tonus musculaire. Donc ça c'est les bilans analytiques. Après il y a les bilans plus fonctionnels, heu  
108 la marche, les déplacements, l'écriture, les coordinations. Et enfin il y a des bilans environnementaux, donc la réalisation des AVQ et  
109 des AIVQ.
- 110 **E : D'accord. Et donc du coup, vraiment spécifiquement par rapport aux capacités de transferts, quel intérêt vous voyez  
111 de transmettre ces informations aux aides-soignants ?**
- 112 E2 : Ah ba tous les intérêts du monde ! C'est-à-dire que, ba première chose c'est éviter la grabatisation du résident. Un résident  
113 à qui on va faire passivement le transfert ou avec qui on va utiliser un lève-personne, c'est quelqu'un qui ne va pas se mobiliser donc il  
114 ne va pas bouger, il ne va pas être stimulé, il va y avoir une baisse du tonus, une baisse de la volonté de bouger aussi. En gros il va se  
115 laisser faire. Un résident qu'on va stimuler dès son entrée, par des choses aussi simple que se lever, faire un transfert fauteuil, aller à la  
116 salle de bain, marcher dans la salle à manger, c'est un résident qui va éviter la grabatisation. Donc ça c'est le premier effet sur le long  
117 terme. Deuxième effet pour les aides-soignants, ça va être une facilitation de leur travail. En gros au lieu de leur mettre pleins d'aides-  
118 techniques on va plutôt venir sur des conseils d'accompagnement gestuel, postural. Heu c'est beaucoup plus facile pour un A-S d'aider  
119 une personne à faire un transfert avec une aide gestuelle que d'utiliser le lève-malade. Heu ça peut-être plus long, ça peut être compliqué  
120 à gérer au niveau des gestes et des postures. Si on met mal une sangle, on peut se faire mal au dos. Voilà donc ça a vraiment un double  
121 intérêt, intérêt pour le résident et intérêt pour le salarié.
- 122 **E : D'accord et la façon dont vous transmettez ces informations, elle vous semble efficace ?**
- 123 E2 : Heu on va dire oui et non. Heu comment dire, il y a peut-être des soucis de fond qui sont quotidien. Par exemple la gestion  
124 des contentions, les troubles comportementaux, accompagner un résident aux toilettes, ça c'est vraiment un travail de fond à faire tous  
125 les jours. Après il y a des réflexes qu'ils prennent beaucoup plus vite et pour lesquels, voilà, les aides-soignants comprennent tout de  
126 suite l'intérêt de la chose. La réalisation des transferts, le maintien de l'autonomie de la personne, tout ça ils l'ont beaucoup plus  
127 facilement.
- 128 **E : D'accord. Heu donc maintenant je vais aborder des questions plus sur le contexte, l'environnement de lequel sont  
129 réalisées les manutentions. Donc j'aimerais savoir quels sont, selon vous, les éléments environnementaux qui peuvent limiter ou  
130 au contraire faciliter la participation des résidents lors des transferts.**
- 131 E2 : Alors heu faciliter la réalisation des transferts par le résident ?
- 132 **E : Heu la participation des résidents lors des transferts.**
- 133 E2 : D'accord. Heu première chose il y a déjà l'espace. L'organisation de l'espace sur une chambre elle est assez importante. Heu  
134 si on doit amener un fauteuil confort et accompagner le résident sur un transfert, il faut que l'espace soit bien organisé. Deuxième chose  
135 la connaissance de la technique. Pour éviter de perdre du temps il faut très rapidement savoir par quoi on va commencer, le début, le  
136 milieu, la fin. Voilà pour éviter de faire des gestes superflus, d'oublier peut-être des étapes de la manutention. Voilà, c'est ça qui me  
137 vient à l'idée, c'est l'espace et la connaissance de la technique.
- 138 **E : D'accord.**
- 139 E2 : Après au niveau de l'ergo, c'est bien d'accompagner l'aide-soignant pendant un temps. Heu ne jamais faire seul, ça ne sert  
140 à rien de travailler seul avec un résident, du moins sur le long terme. On peut commencer seul mais très rapidement il faudra intégrer  
141 l'aide-soignant pour qu'il acquière la technique et puisse se débrouiller seul par la suite. Notre rôle c'est un petit peu de transmettre  
142 finalement, les connaissances, le savoir et la technique ergo pour que les aides-soignants est les clés nécessaires pour se débrouiller.
- 143 **E : Et heu, donc vous m'avez parlé de l'espace, de tout ce qui était gestuel, est-ce que vous prenez en compte ces éléments  
144 lorsque vous évaluez la capacité des résidents à réaliser leur transfert ?**
- 145 E2 : Ah je n'ai pas bien compris la question, reformule la moi.
- 146 **E : Est-ce que quand vous évaluez la capacité des résidents à faire leur transfert, vous prenez en compte tous ce qui est  
147 environnement, enfin l'endroit et les gestes qu'on peut faire pour aider le résident ?**

148 E2 : Heu complètement, il y a effectivement une évaluation des capacités propres du résident, après le rôle de l'ergo c'est de voir  
149 l'évolution du résident dans son environnement. Donc effectivement l'étude de l'environnement va être très importante. Ba je te parlais  
150 surtout de l'organisation de la chambre par exemple.

151 **E : Hum. Donc ça vous le noter aussi dans les bilans ?**

152 E2 : Alors pff honnêtement c'est quasiment systématique parce que toutes les chambres se ressemblent. Heu non, très  
153 honnêtement les synthèses se font plus sur des conseils, des techniques de manutention pures et dures plutôt que sur l'aménagement de  
154 chambre. L'aménagement de chambre à la limite ça c'est moi qui vais le faire, qui vais mettre une petite transmission, mais les aides-  
155 soignants ne sont peut-être pas intégrés à ce niveau-là ouai.

156 **E : D'accord. Donc du coup vous m'avez dit que le fait de faire participer les résidents ça permettait de limiter la**  
157 **grabatisation et heu est-ce que vous voyez d'autres intérêts à faire participer les résidents ?**

158 E2 : Non. Vraiment il me semble que l'intérêt principal c'est éviter la grabatisation. C'est le grand objectif de la prise en charge  
159 en EHPAD. Après oui l'effet indirect il est pour les salariés. A part ces 2 gros effets heu... Après on peut parler des répercussions du  
160 maintien des capacités. Effectivement plus on va maintenir les capacités du résident par des petites choses comme ça, plus ça va favoriser  
161 la participation sur les activités de loisirs, d'animation, les choses comme ça. Voilà donc c'est peut-être intéressant si tu veux étendre la  
162 réflexion de parler de ça. Voilà les répercussions du maintien des capacités permettent l'amélioration de la participation.

163 **E : D'accord. Et est-ce que vous constatez des difficultés des aides-soignants pour faire participer les résidents lors des**  
164 **manutentions ?**

165 E2 : Heu pas du tout. Il y en a avec lesquels c'est un peu plus difficile, qui cèdent entre guillemets à la facilité. Après j'ai la chance  
166 d'avoir des équipes qui sont extrêmement ancienne sur la structure, qui connaissent très bien leur métier, qui fonctionnent parfaitement.  
167 Heu la difficulté peut-être ça a été plutôt de m'intégrer, de montrer que je n'étais pas quelqu'un qui venait leur taper sur les doigts ou les  
168 fliquer mais plutôt un soutien. Voilà un soutien matériel, un soutien humain et un soutien en conseil technique.

169 **E : D'accord. Ok. Donc ils n'ont pas besoin d'aide pour que les résidents participent d'avantage en fait. Les aides-**  
170 **soignants savent le faire assez bien.**

171 E2 : Alors moi ça fait 2 ans que je suis sur la structure, mais il y avait une ergo aussi avant. Ils ont, grâce aux interventions des  
172 ergos je pense, acquis plus de technique. Ils vont peut-être moins me solliciter pour des choses, par exemple des prises en charge de  
173 syndrome post-chute qui sont des trucs pas évidents. Heu maintenant les aides-soignants sont formés et ça s'il y a un syndrome post-  
174 chute, ils savent comment le prendre. Voilà ils ne vont tirer sur les bras du résident, ils favorisent plutôt un environnement sécurisant,  
175 ils vont connaître des techniques gestuelles pour permettre aux résidents de se lever. Heu alors que quelqu'un qui est en syndrome post-  
176 chute c'est assez dur de le rattraper. Voilà donc moi je suis plutôt content parce qu'il y a des A-S qui ont vraiment bien retenus tous les  
177 conseils qu'ils ont vu durant leur carrière et qui n'hésitent pas à m'interpeller quand ils sont un peu en difficulté.

178 **E : D'accord. Et quand peut-être il y a des nouveaux aides-soignants qui arrivent, ça se transmet entre aides-soignants du**  
179 **coup ?**

180 E2 : Complètement. Et alors vraiment les vacataires ils m'appellent, ça se passe vraiment très bien et ils sont toujours assez, voilà  
181 assez curieux de savoir ce qu'on peut proposer.

182 **E : Ok. Et lors de vos interventions, quels types de conseils et d'informations vous leur transmettez du coup ?**

183 E2 : Ah ba ça c'est très très général ça. Ça va dépendre des problématiques, de la pathologie du résident, heu là pour le coup il  
184 faut préciser un peu.

185 **E : Heu je parle vraiment des conseils donnés par rapport aux transferts là.**

186 E2 : Juste par rapport aux transferts ?

187 **E : Oui.**

188 E2 : Alors ça va être par rapport à l'aide-soignant, lui expliquer déjà l'intérêt d'un fauteuil standard ou d'un fauteuil confort.  
189 Pourquoi est-ce qu'on choisit un fauteuil standard et pourquoi est-ce qu'on choisit un fauteuil confort. Heu ensuite, une fois qu'il a  
190 compris l'intérêt de ce fauteuil, ça va être de lui faire utiliser correctement le fauteuil. Donc pour le fauteuil standard ça va être tout ce  
191 qui est sollicitation des transferts, heu utilisation des freins, des cales pieds, apprendre à son résident à se servir du fauteuil. Pour le  
192 fauteuil confort ça sera plutôt tout ce qui est positionnement, réglage du fauteuil, heu intérêt de la bascule de dossier et de la bascule  
193 d'assise, quelle position je prends au repas, quelle position je prends pour quelqu'un qui a un œdème, heu voilà le positionnement ça  
194 c'est aussi très important.

195 **E : D'accord. Donc heu donc oui par rapport au fauteuil...**

196 E2 : Non je reviens par rapport au transfert. Par rapport au transfert, ça sera vraiment la manipulation du fauteuil. Donc le fauteuil  
197 standard, c'est tout ce qui est utilisation ba de la sécurité, des freins, des cales-pieds, heu escamoter les accoudoirs. Et pour le fauteuil  
198 confort, c'est tout ce qui est intérêt des réglages pour faciliter le transfert, la bascule d'assise, le dossier, l'ouverture des cales-pieds.

199 **E : Vous m'aviez parlé aussi des toutes les aides-techniques au transfert c'est ça.**

- 200 E2 : Alors les aides-techniques au transfert on en a quelques-unes, elles ne sont pas beaucoup utilisées, c'est vraiment  
201 situationnelle. On a le disque de transfert, que j'ai vu utilisé peut-être 2-3 fois dans la nuit. Voilà c'était pour quelqu'un qui était en train  
202 de se reverticaliser et qui avait du mal à faire son transfert de poids. On a le drap de transfert que j'ai utilisé surtout avec une résidente  
203 qui était en surpoids pour la rehausser au lit. Heu, et la planche de transfert, non pas du tout.
- 204 **E : D'accord. Donc ça se fait beaucoup en manuel en fait ?**
- 205 E2 : C'est-à-dire ?
- 206 **E : Heu et bien je ne sais pas si les résidents font eux-mêmes leurs transferts mais, enfin c'est les aides-soignants qui  
207 portent c'est ça ?**
- 208 E2 : Non non du tout, chaque résident fait son transfert à hauteur de ses capacités. Donc si c'est des résidents qui sont  
209 complètement autonomes on va les laisser faire. Ils y a des résidents qui ont besoin d'un petit peu d'aide, donc ça peut être effectivement  
210 la présence de l'aide-soignant qui va lui donner 2-3 conseils, ou par exemple une petite aide technique. Heu le verticalisateur, voilà juste  
211 pour faciliter la verticalisation. Et il y a des résidents qui sont complètement dépendants au transfert où là on va utiliser soit des transferts  
212 soignants, donc la manutention seul ou à 2, ou l'utilisation du lève-personne.
- 213 **E : D'accord, mais vous n'en avez pas beaucoup pour qui vous utilisez le lève-personne et la manutention finalement.**
- 214 E2 : Heu ouai c'est uniquement les personnes grabataires et les personnes en surpoids, si on fait les manutentions passives. Tous  
215 les autres sont sur des transferts actifs ou de l'actif aidé.
- 216 **E : D'accord. Et vous donnez aussi des conseils gestuels c'est ça ?**
- 217 E2 : Oui complètement. Alors surtout par rapport aux résidents. Heu le résident qui présente une démence Alzheimer, il va avoir  
218 une atteinte au niveau cognitif, la compréhension ne va pas être forcément très très bonne, heu l'expression ou les praxies ne seront pas  
219 forcément très bonnes non plus. Donc on ne va pas passer par une explication verbale. On ne va pas expliquer aux résidents comment  
220 faire pour se lever « Avancez les fesses sur le fauteuil, mettez les pieds à l'aplomb des genoux, etc ». On va plutôt utiliser des conseils  
221 gestuels, de la guidance gestuelle. On ne va rien dire aux résidents. On va juste positionner ses membres d'une certaine façon pour que  
222 ça déclenche un schéma moteur qui est ancré dans la mémoire. C'est l'intérêt de bosser sur la mémoire procédurale. La personne  
223 Alzheimer tout ce qui est mémoire, heu comment dire, factuelle, la mémoire des faits, des noms, des choses, des événements tout ça elle  
224 oublie. Par contre, ce qui reste profondément ancrés c'est la mémoire sensorielle. C'est pour ça qu'on reste beaucoup sur du Snoezelen,  
225 et la mémoire procédurale. Et la mémoire procédurale pour la bosser il faut faire simplement l'accompagnement gestuel. Par exemple,  
226 positionner la main d'un résident sur l'accoudoir et faire une antériorisation du tronc au même moment. Il y n'a pas besoin de lui  
227 expliquer, il va comprendre que c'est pour se lever. Voilà je penche mon tronc en avant et je m'appuie sur l'accoudoir. Le fait de le  
228 guider gestuellement, il va comprendre ce qu'on veut. On se repose vraiment sur une mémoire qui est une mémoire des schémas moteurs,  
229 qui sont des choses ancrés au plus profond de la mémoire parce qu'on les a appris il y a très longtemps et qu'on les a répété beaucoup,  
230 beaucoup, beaucoup, beaucoup.
- 231 **E : Hum. C'est super intéressant. Et heu du coup est-ce que vous donnez encore d'autres types de conseils ?**
- 232 E2 : Ba à part tout ce qui est conseils gestuel, matériel, heu non, non, non, auprès des aides-soignants.
- 233 **E : D'accord. Donc quand vous donnez ces conseils, c'est des démonstrations que vous faites ou plutôt des explications  
234 orales heu, des mises en situations ?**
- 235 E2 : Ca va vraiment dépendre des cas. J'essaye vraiment de multiplier mes moyens de communication. Donc vraiment important  
236 être sur le terrain avec l'aide-soignant, lui montrer, faire avec lui, ensuite qu'il y est une trace écrite, heu avec une qualité aussi d'écrit  
237 parce que c'est important que l'écrit soit assez court, synthétique et précis. Heu voilà et les conseils vraiment, portent sur ba aussi les  
238 pathologies, parce que des fois aussi les soignants ne sont pas trop au fait des pathologies. Donc on leur rappelle un petit peu ce qu'est  
239 la pathologie, ce qu'elle induit, heu ce que ça va créer comme dégradations cognitives, comme dégradations motrices. Des fois quand il  
240 y a des dégradations, on accompagne les aides-soignants pour se réhabituer, pour avoir des nouvelles habitudes sur les transferts, pour  
241 se baser vraiment sur les capacités préservées. Voilà. Donc c'est un accompagnement quotidien sur tout ce qui est heu, aide à la motricité,  
242 heu tout ce qui est prévention des troubles cutanés, c'est très important en EHPAD.
- 243 **E : D'accord.**
- 244 E2 : Voilà aussi bosser les transferts, c'est très intéressant, ça évite aux résidents d'être immobiles et ça favorise le bon état général  
245 cutané.
- 246 **E : Oui ça va ensemble. D'accord. Et heu du coup vous me parlez de transmissions après ces conseils et vous me dites  
247 qu'il faut que ce soit court. Vous notez quoi comme informations essentielles ?**
- 248 E2 : Alors comme je te disais tout à l'heure, c'est assez structuré. D'abord une petite phrase sur tout ce qui est capacités  
249 analytiques, heu les amplitudes articulaires, musculaires et s'il a assez de tonus par exemple dans les quadriceps. Ensuite une ou 2 phrases  
250 au niveau fonctionnel : est ce qu'il a l'appui, est ce qu'il fait ses transferts, est-ce qu'il marche ? Une ou 2 phrase au niveau  
251 environnemental : heu qu'est-ce qu'il aime, est-ce qu'il arrive à réaliser ses activités ? Quelques conseils sur les adaptations d'activités,  
252 par exemple troubles visuels, nécessité d'augmenter la taille des polices pour la lecture, donc voilà ça peut être des petits conseils comme  
253 ça aussi.

- 254 **E : D'accord. Donc vous faites un bilan en fait bien décrit en ergothérapie et heu à côté des petites transmissions courtes**  
255 **pour les aides-soignants.**
- 256 E2 : Exactement.
- 257 **E : Ok. Et quand vous observez des difficultés des aides-soignants pour réaliser les manutentions, est-ce qu'il vous arrive**  
258 **de faire certaines préconisations à la direction de l'établissement pour faciliter l'accompagnement des résidents ?**
- 259 E2 : Complètement. J'ai la chance d'avoir aussi une direction qui me suit et puis me pose aussi beaucoup de questions et m'écoute.  
260 Heu donc tout ce qui est investissement de matériel, on a acquis par exemple des lèves-malades avec la pesée intégrée. On va avoir des  
261 rails de transferts aussi, des lits aux salles de bains, sur certaines chambres. Donc là pareil je suis intervenu auprès de la direction pour  
262 qu'on ait ça. Je suis intervenu dans le choix des nouveaux lits qu'on va avoir aussi. Heu voilà donc heu on m'utilise bien on va dire.
- 263 **E : D'accord donc dans le choix de l'aménagement et de l'achat d'aides techniques.**
- 264 E2 : Dans le choix du matériel ouai.
- 265 **E : D'accord et vous faites d'autres préconisations à la direction ?**
- 266 E2 : Il y a tout ce qui est validation de devis pour les grosses activités, pour les jardins thérapeutiques, cuisine, etc. Voilà donc il  
267 n'y a pas d'autres préconisations.
- 268 **E : D'accord. Donc ces préconisations vous dites qu'elles sont assez bien suivies pas la direction.**
- 269 E2 : Complètement.
- 270 **E : Oui. Et elles ont permis de régler les problématiques que les aides-soignants rencontraient ?**
- 271 E2 : Oui et non parce qu'il y a aussi des histoires de budget qui rentrent en jeux.
- 272 **E : D'accord. Parce que ce n'était pas forcément le choix de l'aide technique que vous aviez préconisé au départ ?**
- 273 E2 : Heu non non. Soit ils suivent la préconisation, soit ils n'ont pas les budgets et ils ne suivent pas, puisque je fais partie du  
274 groupe X et en fait c'est X qui va valider les gros gros budgets, pas ma directrice.
- 275 **E : D'accord, mais du coup quand l'aides techniques est achetée et validée par la direction, ça permet de résoudre les**  
276 **difficultés en général ?**
- 277 E2 : Ah oui oui complètement, oui oui nous on est très bien équipé, ça il n'y a aucun soucis.
- 278 **E : D'accord. Et pourquoi vous avez choisi d'intervenir au quotidien auprès des aides-soignants et pas seulement lors de**  
279 **formations ponctuelles ? Vous m'avez un peu expliqué mais peut-être que...**
- 280 E2 : Pourquoi j'ai choisi sur le terrain et pas tant sur les formations hebdomadaires ?
- 281 **E : Oui voilà, d'intervenir vraiment régulièrement, au quotidien auprès des aides-soignants.**
- 282 E2 : Parce que malheureusement les formations hebdomadaires n'étaient pas suivies à cause d'un manque d'organisation et parce  
283 que étant à plein temps je pense que c'est mon rôle de vérifier que tout se passe bien sur la réalisation des toilettes le matin.
- 284 **E : D'accord. Donc vous voyez vraiment un intérêt à intervenir au quotidien.**
- 285 E2 : A complètement. Et là pour le coup ma direction me suit complètement et ne me demande pas de faire des ateliers le matin,  
286 de prise en charge. Heu pour moi c'est, je ne dis pas que la cuisine thérapeutique n'est pas intéressante, je dis que c'est beaucoup plus  
287 intéressant le matin par exemple, d'aider les aides-soignants sur leur boulot et de réaliser les ateliers l'après-midi. Donc le matin je suis  
288 vraiment dédié aux aides-soignants, aux manutentions, aux toilettes et aux problèmes un petit peu technique du matériel.
- 289 **E : D'accord. Et quel intérêt vous voyez à faire ça du coup ?**
- 290 E2 : Quel intérêt ? Et bien c'est d'avoir toujours du matériel en bon état, d'avoir toujours des aides-soignants qui se sentent  
291 écoutés, heu ba dont les soucis du quotidien finalement, qui sont des gros gros freins en prise en charge, heu sont résolus assez vite. Ça  
292 permet vraiment je pense une rapidité d'intervention.
- 293 **E : Ok. Et vous avez eu quels retours de la part des aides-soignants sur ces interventions quotidiennes ?**
- 294 E2 : Pour l'instant, très bons. Heu je ne doute pas qu'ils se plaignent un peu derrière mon dos, comme partout ça c'est évident.  
295 Heu après je me sens très bien intégré, les A-S m'interpellent vraiment à bon escient. Heu non non ça il n'y a pas de souci.

- 296 **E : D'accord. Ils vous interpellent de plus en plus heu, enfin depuis que vous avez commencé ce type d'intervention vous**  
297 **avez de plus en plus d'appels des aides-soignants pour heu...**
- 298 E2 : Oui oui complètement mais surtout des appels plus ciblés. Au début j'étais appelé un peu pour tout et n'importe quoi.  
299 Maintenant ils ont bien identifié mon rôle et ma tâche et ils savent m'appeler quand il faut.
- 300 **E : D'accord. Et est-ce que vous voyez des limites à ce type d'intervention au quotidien ?**
- 301 E2 : Ba les limites c'est des limites institutionnelles hein. Ça va dépendre des institutions, de la direction, des aides-soignants, de  
302 la capacité de l'ergo à s'intégrer. Heu je pense que ça repose surtout là-dessus au début hein. La qualité du travail de l'ergo sur une  
303 institution, elle ne se fait pas par ces connaissances techniques, elle se fait d'abord par sa capacité à s'intégrer sur une équipe et à  
304 transmettre ses connaissances et ses préconisations.
- 305 **E : D'accord. Et est-ce que vous avez pensé à des améliorations dans la façon d'organiser vos interventions ou de**  
306 **transmettre vos connaissances justement ? Pour qu'elles soient mieux appliquées par les aides-soignants.**
- 307 E2 : Oui ba de tout façon je ne suis jamais totalement satisfait mais c'est aussi parce que voilà l'institution fait que ba, par exemple  
308 on a une IDE qui est absente donc c'est un gros frein pour l'organisation et la coordination. Heu je me suis remis aussi en question sur  
309 mon organisation du matin. Je ne savais pas avant mon évaluation annuelle par la directrice, si j'étais content de ça ou pas justement. Je  
310 me suis posée la question si il fallait mieux que je sois sur des activités ou de l'aide aux A-S. Et la directrice m'a conforté la dedans, elle  
311 m'a dit « Non non c'est parfait, changez rien. Faites votre tour des services, soyez-la pour les A-S, faciliter les toilettes, c'est  
312 complètement votre rôle »
- 313 **E : D'accord. Et est-ce que depuis que vous intervenez auprès des aides-soignants, vous constatez des changements dans**  
314 **la manière dont ils perçoivent la tâche de manutention et ils la réalisent ?**
- 315 E2 : Oui complètement. Ils avaient peut-être perdu de vue cette notion d'éviter la grabatisation sur la durée. Ils étaient peut-être  
316 sur des habitudes un peu quotidiennes, routinières, de facilité, « je mets le résident sur un fauteuil ». Et ils ne se rendaient pas compte  
317 qu'en fait ils se compliquaient la tâche. Il valait mieux perdre un petit peu de temps à faire des transferts, à ce que la personne se déplace  
318 par elle-même pour qu'elle maintienne ses capacités motrices et qu'elle soit moins dépendante tout au long de la journée, sur la toilette,  
319 le repas, etc. Donc ça effectivement ça leur est peut-être revenu un petit peu.
- 320 **E : D'accord, ils l'ont plus intégré. Ok. Heu bon et bien merci c'est tout ce que voulait savoir. Vous avez peut-être des**  
321 **éléments qu'on n'a pas abordés que vous souhaiteriez rajouter ?**
- 322 E2 : Spécifiques au transfert non.
- 323 **E : Non. D'autres peut-être ?**
- 324 E2 : Non ba après ça va partir sur tout ce qui est priorité de prise en charge en EHPAD, heu les troubles de la marche, les troubles  
325 du comportement. Heu l'intérêt d'agir sur tous fronts pour maintenir ces fameuses capacités préservées de la personne pour éviter la  
326 grabatisation. C'est vraiment l'objectif qu'il ne faut jamais oublier. Et que tout ça participe, le travail des transferts, le travail sur la  
327 cognition, sur la motricité, tout ça participe à maintenir la personne dans un bon état général.



## ANNEXE IX: Retranscription entretien avec E3

- 1 **E : Alors est-ce que vous pourriez d'abord me décrire la population qui est accueillie dans l'EHPAD où vous exercez ?**
- 2 E3 : C'est plutôt une population de personnes âgées, de manière générale des personnes assez dépendantes, en perte d'autonomie,  
3 ce qui justifie leur accueil ici. Et également des personnes avec des démences qui sont localisées à un étage de l'établissement et on a un  
4 étage également avec les personnes un peu moins dépendante, qui sont un peu plus autonome pour ce qui est des actes de la vie  
5 quotidienne.
- 6 **E : D'accord. Et il y a combien de résident ici ?**
- 7 E3 : Au total il y a 100 résidents. Ça c'est la capacité d'accueil. Aujourd'hui par contre je ne sais pas exactement le nombre de  
8 résident dans l'établissement. Il y a 5 étages dont une unité un peu différente au 5<sup>ème</sup> étage parce que c'est l'unité où se trouve la salle de  
9 restauration. Il y a un peu moins de chambres et donc un peu moins de résident.
- 10 **E : Ok. Et les résidents ont quels types de pathologies ? Vous m'avez dit « il y a des patients déments », il y a peut-être**  
11 **d'autres heu...**
- 12 E3 : Voilà. Après c'est plus des dégénérescences liées à l'âge. Il n'y a pas forcément de personne avec des traumatismes. Il peut  
13 y avoir des traumatismes qui sont liés à des accidents anciens mais il n'y a pas rééducation spécialement, c'est plus des choses de l'ordre  
14 de la rééducation après une chute par exemple, parce qu'on peut avoir des kinés. Les kinés font des interventions à l'établissement mais  
15 ils viennent de l'extérieurs, ils ne sont pas dépendants de l'établissement.
- 16 **E : D'accord.**
- 17 E3 : Moi je suis en poste ici mais juste 2 jours par semaine, tandis que les kinés, voilà ça fonctionnent par l'extérieur. Et par  
18 exemple les kinés font des interventions pour ce qui est après des chutes, pour retravailler la marche, le périmètre de marche, ces choses-  
19 là. Et par exemple, dès qu'il a un traumatisme type fracture suite à une chute, la personne est amenée dans un établissement spécialisé  
20 dans la prise en charge de la rééducation jusqu'à ce que la personne est stabilisée. On ne fait pas de rééducation, c'est vraiment du  
21 maintien, des activités plus de confort, voilà des choses comme ça.
- 22 **E : D'accord. Donc vous m'avez dit que vous travaillez 2 jours par semaine ici. C'est des journées complètes ?**
- 23 E3 : Oui c'est ça.
- 24 **E : D'accord. Et est-ce qu'il est inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes**  
25 **concernant la manutention ?**
- 26 E3 : Alors je ne connais pas ma fiche de poste par cœur j'avoue, mais après ça fait partie également des différentes compétences  
27 de notre référentiel d'activité en ergothérapie. Pour moi la formation des équipes pour tout ce qui est l'ergonomie, les manutentions,  
28 voilà se protéger soi en tant que soignant dans le cadre je pense des troubles musculo-squelettiques, tout ce qui est prévention de ces  
29 risques là, ça fait partie du travail de l'ergothérapeute. Et notamment dans un cadre hospitalier où il y a beaucoup de manipulations vu  
30 que c'est une population de personnes relativement dépendantes, également pour les transferts, et qui nécessitent des manutentions  
31 répétées. Dans ce cadre-là ça fait partie du rôle de l'ergothérapeute d'entrer dans cette heu..., enfin pas forcément des formations  
32 formalisées avec vraiment des moments de formation tels quels mais des conseils déjà, personnalisés si possible, quand il y a une situation  
33 problématique notamment. Heu comme je suis arrivée ici après une certaine période où il n'y a pas eu d'ergothérapeute à l'établissement,  
34 j'ai essayé de faire le lien avec les soignants pour qu'ils n'hésitent pas à me solliciter si il avait un problème vraiment ciblé avec une  
35 personne qui leur posait problème pour un transfert, pour une toilette qui est compliquée. Pour toutes les situations comme ça qui se  
36 révélaient problématiques où ils étaient gênés par, je ne sais pas, l'environnement avec l'apport d'une aide technique qui les gênait au  
37 niveau manque de place et qui justifiait qu'ils ne l'utilisaient pas. Parfois c'est des choses comme ça ou le manque de temps. Tout ça  
38 c'est de choses qu'il faut entendre bien sûr, parce c'est bien de dire il faut utiliser telle aide-technique mais parfois les équipes nous  
39 rapportent que le manque de temps fait qu'elles ne l'utiliseront pas. Donc c'est intéressant je trouve de venir sur le terrain, d'en discuter  
40 avec les équipes et de trouver des compromis. C'est peut-être personnel mais j'estime qu'il ne faut pas forcément préconiser à tout prix  
41 d'utiliser une aide technique si on sait que le personnel derrière ne l'appliquera pas, parce que c'est pas assez proche de la réalité donc  
42 dans ce cas-là, c'est sûr ce n'est pas forcément la solution la meilleure. La meilleure ça serait d'utiliser l'aide technique qui est la plus  
43 adaptée. Mais par moment s'il y a un manque de temps et que les équipes de toute façon ne l'appliqueront pas, je pense qu'il faut trouver  
44 la solution la plus adaptée que ça soit pour le résident, pour le personnel, pour l'ensemble de l'équipe, parce qu'évidemment toute  
45 l'équipe ne peut pas être à tous les endroits à la fois. Ils doivent quand même faire toutes les toilettes de tout un étage, et voilà ils sont  
46 peu pour arriver à faire ça dans un délai assez court. Donc c'est à ce moment que je trouve que l'ergothérapeute à son rôle à mener.
- 47 **E : D'accord. Heu du coup vous m'avez parlé de niveau de dépendance, ils ont quels niveaux de dépendance les résidents**  
48 **ici ?**
- 49 E3 : Alors on leur fait toujours une évaluation de la grille AGGIR lorsqu'ils arrivent à l'établissement, à moins que ça soit déjà  
50 fait auparavant mais généralement on la remet à jour quand ils arrivent. Donc c'est très variable, ça va des moins dépendants, au niveau  
51 4-5 de la grille AGGIR, au plus dépendants, au niveau 1. Il y a vraiment de tout. Heu quels sont les principaux niveaux de dépendance  
52 ? Pff quand même il y a un fort taux de dépendance dans l'ensemble de l'établissement, donc ça doit tourner autour de 2 – 3.
- 53 **E : D'accord. Et quelle formation vous avez eu concernant la manutention ?**

54 E3 : Alors moi j'ai été formé à l'école de Créteil en région parisienne, où on avait eu des formations de manutention dans le cadre  
55 de notre formation. C'était incluse dans notre cursus. Et au-delà j'avais fait des stages où s'étaient des cycles heu, des écoles du dos ou  
56 des suivis RFR, Restauration Fonctionnelle du Rachis. Ça c'était pour des personnes qui avaient des lombalgies chroniques plutôt mais  
57 enfin les conseils qui étaient appliqués pour les personnes qui avaient meurtri leur dos finalement avec des situations qui étaient à risque,  
58 comme faire des manipulations avec des répétitions de mouvements qui pouvaient être mauvais pour le dos. Enfin c'est pas une situation  
59 qui peut-être mauvaise, mais le fait de la répéter ça peut susciter un risque à force. Enfin voilà c'était des choses comme ça. Donc là je  
60 parle de manière générale, mais voilà c'étaient des formations par exemple pour des personnes qui s'étaient retrouvées avec des troubles  
61 musculo-squelettiques, et c'est ce qu'on tend à éviter pour les situations en établissement pour les personnes qui ont tendance à justement  
62 faire des manutentions. Ça rentre dans le cadre des ports de charge. C'est du port de personnes mais c'est quand même des charges à  
63 manipuler et ça rentre bien sûr dans la prévention des troubles musculo-squelettiques. Eviter l'apparition de ces troubles en mettant en  
64 place des mesures de prévention de son dos, de protection. Comment faire les manipulations les plus adaptées par rapport à la personne  
65 avec qui on travaille, avec la résidente. Par exemple une résidente qui peut aider au transfert, évidemment on tache de la stimuler et de  
66 lui proposer de participer, de tenir davantage un accoudeur alors que d'habitude elle ne tient rien par exemple. Ça va aider au transfert  
67 également, c'est des petites choses, parfois les soignants les appliquent sans s'en apercevoir mais c'est des petits plus. Voilà c'est des  
68 choses que j'ai piquées à cette formation RFR parce que je trouvais que c'était tout à fait applicable à la prévention des troubles musculo-  
69 squelettiques sur le lieu du travail. Donc c'est pas vraiment une formation que moi j'ai reçue, c'est quelque chose que j'ai suivi en tant  
70 que stagiaire.

71 **E : Lors de vos études.**

72 E3 : Voilà lors de ma formation. J'avais fait deux stages en SSR, parmi ces deux stages là j'avais eu dans les 2 cas des séances  
73 de RFR. Le second stage de deuxième année je découvrais finalement ces modalités de travail et ça m'a beaucoup plu. Et après lors mon  
74 second stage SSR, c'était le dernier de ma formation, j'ai voulu mener des activités, j'ai mis en place des groupes et j'ai participé plus  
75 activement. Vu que c'était mon dernier stage j'en ai profité.

76 **E : D'accord.**

77 E3 : Donc voilà quand je suis arrivée ici la cadre infirmière m'a proposé de faire des formations de manutention et de formation  
78 Gestes et postures, donc c'est-à-dire comment protéger son dos de manière beaucoup plus ciblée sur les soignants pour le coup. Pas  
79 forcément comment manipuler la personne dans un transfert mais plus comment se protéger soi avant. Et voilà dans ce cadre-là j'ai  
80 accepté. Donc je trouvais tout à fait transposable ce que j'avais vu dans ces stages-là : comment anticiper l'arrivée de ces troubles-  
81 musculo-squelettiques.

82 **E : Ca on vous l'a proposé à l'embauche dans l'établissement ou c'était après ?**

83 E3 : Heu en fait non. A l'embauche on m'a présenté la fiche de poste, qui parlait de manière générale. Dedans il y avait  
84 « formations », il me semble, du personnel, mais ce n'était pas spécifié de manière stricte ces formations-là. Mais bon voilà des  
85 formations qui rentraient dans ce qu'on pouvait proposer aux équipes. Et dans ce cadre-là, ça a été après ma cadre infirmière qui m'a  
86 proposé cette formation qui pouvait être dispensée par l'ergothérapeute. Voilà ça c'est fait comme ça.

87 **E : Ok. Heu du coup vous avez déjà commencé à anticiper sur mes prochaines questions mais est-ce que vous pourriez me  
88 décrire de manière générale les actions que vous avez mis en place auprès des aides-soignants dans le domaine de la manutention,  
89 de l'aide au transfert ?**

90 E3 : Alors voilà justement ça passe par la formation donc je pense que ça peut commencer par là. La formation vraiment des  
91 équipes de manière plus théorique finalement. Donc ça a été une formation qui a été dispensée il n'y a pas très longtemps sur les 2  
92 roulements d'équipes. Donc avec plus la prévention des TMS de manière vraiment ciblée la dessus. Heu connaître son dos, comment le  
93 protéger, contracter les abdominaux pour verrouiller la ceinture lombaire dans les manutentions notamment. Et ensuite ça a été plutôt  
94 sur le terrain, quand il y a eu des problématiques qui se sont posées par exemple en relève. Parfois c'est des soignants qui me parlent  
95 d'un résident avec lequel le transfert n'est pas évident parce que voilà la personne peut-être un peu lourde pour faire une manipulation  
96 directe en transfert avec un soignant. Donc à ce moment-là ils pouvaient me poser la question sur qu'est-ce qu'on pouvait mettre en  
97 place pour soulager ou alors des évaluations de toilettes également. Pendant les évaluations de toilettes, ce n'est pas forcément des  
98 soignants qui remarquaient quelque chose qui était difficile mais peut-être heu, voilà en faisant une évaluation j'ai pu constater par  
99 exemple qu'il y avait un résident qui avait du mal à se tenir debout au lavabo donc tout simplement c'était mettre une chaise de douche  
100 pour faciliter non seulement la toilette pour l'aidant mais aussi pour la personne. Donc voilà des petites choses comme ça. Heu quoi  
101 d'autres ? Pour les conseils de manutention vraiment dans les transferts, comme je suis là que 2 jours par semaine, soit ils me laissent un  
102 mot dans le logiciel pour pouvoir me dire « telle situation est problématique, on aurait besoin que tu passes pour voir ce que tu peux  
103 faire », soit c'est quand je passe dans les couloirs, ils me disent « tiens ça nous fait penser il y a une situation problématique ». Heu ou  
104 sinon voilà en relève et puis éventuellement si j'assiste à un transfert et que je trouve que le transfert n'est pas idéal, dans ces cas-là je  
105 dis « Bon ba on va revoir ça et on va essayer de trouver une solution ».

106 **E : D'accord. Donc ça a commencé par des formations et ensuite les actions sur le terrain sont venues assez naturellement.**

107 E3 : Ba en fait plutôt l'inverse je dirais, parce que la formation elle a été faite récemment et heu. Ba au tout début, finalement  
108 comme il y avait eu un ergothérapeute qui avait été absent presque 6 mois auparavant, depuis 6 mois il n'y avait pas eu de transitions  
109 avec un autre ergothérapeute. Donc le début ça a été le temps de me familiariser avec l'état de l'établissement actuel, le matériel, essayer  
110 de faire un suivi, de trouver mon organisation aussi, que les soignants trouvent aussi leur organisation aussi. Comment me contacter, heu  
111 quels problèmes ils pouvaient me demander également d'intervenir ? Et ba je pense que ça a plutôt commencé comme ça, c'est à la  
112 demande finalement. Soit parce que je constatais une situation qui était problématique, soit parce que les soignants m'en parlaient et que  
113 du coup on se posait la question sur la situation et voilà, on venait directement sur le terrain pour voir qu'est-ce qu'on pouvait faire. Et  
114 ensuite les formations ont été posées au niveau des dates et elles ont été dispensées il n'y a pas très longtemps. Donc ça a plutôt commencé  
115 sur le terrain quand même.

116 **E : Ok. C'est pas courant par rapport autres entretiens que j'ai pu faire avant.**

117 E3 : Ouai ba c'est vrai que c'est peut-être aussi parce qu'il n'y avait pas eu de transition avec un autre ergo, ce qui fait que j'ai  
118 essayé de commencer à trouver mon organisation et puis comme j'ai dit à comprendre aussi le fonctionnement des équipes parce qu'ils  
119 s'étaient débrouillés tout seuls jusque-là. Donc voilà, me refamiliariser avec eux, comment trouver aussi des moyens de communiquer,  
120 parce que parfois, comme je ne suis pas là tout le temps, comment me transmettre une information si je ne suis pas là, quelles informations  
121 me transmettre aussi. Voilà c'est venu petit à petit, qu'il ne fallait pas qu'ils hésitent à me solliciter aussi pour essayer de trouver des  
122 solutions pour les transferts, parce que voilà, ils venaient plutôt d'abord me solliciter pour des réparations de matériel au début, c'était  
123 un peu dommage. Et ouai ça c'est fait petit à petit, j'ai pu intervenir comme ça avec eux pour trouver des solutions.

124 **E : Ok. Et du coup maintenant comment s'organisent ces interventions ? C'est planifié à l'avance ? Ça se fait sur**  
125 **demande ?**

126 E3 : Heu je préfère planifier parce que comme ça les soignants se rendent disponibles à un moment où on veut assister à une  
127 situation de transfert pour savoir quel est le problème. Je veux que ça soit avec les soignants disponibles, comme si on faisait  
128 habituellement un transfert comme si je n'étais pas là pour que ça soit en situation réelle et heu ba comprendre où est le problème, qu'ils  
129 m'expliquent eux comment ils réalisent actuellement la chose et qu'est-ce qui les embête. Le voir aussi de mes yeux : qu'est-ce que je  
130 peux constater comme problématique ? Et je trouve que c'est vraiment là qu'on se rend compte des situations qui posent vraiment  
131 problèmes et comment les améliorer, comment éviter les soucis. Donc c'est plus finalement une demande. Ils me croisent soit dans les  
132 couloirs, soit aux relèves, ou ils vont m'évoquer les soucis par message mais c'est moins fréquent. Et à ce moment-là on va planifier un  
133 horaire où ils vont faire un transfert. Enfin ce n'est pas quelque chose d'obligé, on ne va pas dire on va faire un transfert parce qu'il faut  
134 faire un transfert, c'est à un moment de la journée où c'est logique aussi pour le résident d'aller au lit. Par exemple c'est au moment de  
135 sa sieste. Ba voilà on va poser le moment où on sait qu'on doit se donner rendez-vous avec le patient pour vraiment se rendre compte de  
136 tout ça, soit pour constater la situation actuelle, soit pour mettre en place l'essai d'une nouvelle méthode, une nouvelle aide technique  
137 qui pourrait être plus adaptée. Enfin après je fonctionne par essai aussi, je ne pense pas qu'on est une solution toute faite à chaque  
138 situation. Il faut essayer et parfois voilà ça peut être une solution qui pourrait être très bien pour une personne mais voilà si l'équipe  
139 préfère une autre, il faut s'adapter à tout le monde, que la personne soit bien, que le personnel soit bien et que tout ce passe bien.

140 **E : D'accord. Et du coup c'est des interventions qui durent combien de temps en général ?**

141 E3 : Ca peut dépendre. Je dirais entre un quart d'heure et une demie heure quand même, parce qu'on prend le temps de discuter,  
142 que ça soit avec la personne, avec le personnel soignant aussi pour que tout le monde puisse donner son avis. Je trouve que c'est important  
143 parce que parfois il y a des résidents que ça peut angoisser, par exemple le transfert au lève personne, et parfois c'est des résidents qui  
144 peuvent en discuter avec nous. Mais parfois c'est des résidents qui sont un peu désorientés, qui ne peuvent pas forcément exprimés leur  
145 angoisse non plus. Il faut en tenir compte et constater avec eux et du coup les soignants qui les connaissent beaucoup mieux que moi.  
146 Moi je ne suis pas très souvent là, et je ne peux pas connaître tous les résidents non plus avec 2 jours par semaine. Donc voilà j'aime  
147 bien avoir l'avis de tout le monde pour faire une prise en charge globale et vraiment mieux adapter de manière personnalisée les choix.  
148 Donc je dirais que quand on fait une mise en situation de manutention ce serait quelque chose comme ouai plutôt une demi-heure pour  
149 être sûr de tout prendre en compte.

150 **E : D'accord, donc une demi-heure et au moment du transfert qui est problématique en fait.**

151 E3 : Voilà.

152 **E : Ok. Et c'est des interventions qui s'adressent seulement aux aides-soignants ou vous le faites aussi avec d'autres**  
153 **professionnels ?**

154 E3 : Heu j'avoue je ne fais pas forcément attention si c'est des aides-soignantes ou des auxiliaires de vie. Sinon c'est avec les  
155 infirmières aussi. Je vois avec elles parce qu'elles sont souvent aux roulements entre les 2 équipes, ce qui me permet qu'elles puissent  
156 faire le relai aussi pour transmettre l'information à davantage de personnes, pour que tout le monde soit informé. Je mets bien sûr toujours  
157 une transmission dans le logiciel informatisé mais bon c'est vrai que je préfère aussi la faire oralement si possible au maximum de  
158 monde, pour que ça soit plus clair. Parfois expliquer, je prends l'exemple d'un positionnement, j'avais voulu expliquer en texte comment  
159 positionner la personne pour qu'elle soit au mieux avec un coussin de positionnement au lit, etc. Enfin je trouve que c'est pas forcément  
160 toujours facile à expliquer, pas toujours facile à se représenter non plus pour les personnes qui lisent. Donc d'expliquer oralement, de  
161 faire des démonstrations à quelqu'un qui fera le relai à quelqu'un d'autre, je fais aussi comme ça. Je trouve ça plus humain en plus.

162 **E : Oui.**

163 E3 : Passer que par le logiciel informatique c'est un peu dommage. Mais toujours important de mettre un mot quand même parce  
164 qu'il faut que ça soit tracé.

165 **E : C'est une obligation de...**

166 E3 : C'est une obligation de l'établissement et je trouve que c'est important pour se protéger soi aussi parce que j'estime qu'une  
167 information orale elle peut parfois être déformée aussi, ce n'est pas quelque chose qui pourra être forcément reproductible aussi  
168 facilement qu'un écrit. Et pour se protéger soi, si on a un doute aussi on peut revenir à ce qui a été écrit. Que ce soit les soignant si ils  
169 ont un doute avec une information qui est vraiment écrite, peut être que ça peut leur reformaliser les choses et ba oui pour soi aussi  
170 prouver qu'on a fait une intervention considérant les actes tout simplement. Je pense que c'est important de toute façon de noter de  
171 manière vraiment standardisée nos actes même si c'est du conseil de manutention, de transfert, d'installation.

172 **E : Hum. Et du coup ça fait depuis combien de temps que vous faites ce type d'interventions sur le terrain ?**

173 E3 : Alors tu veux dire au niveau de l'emploi ou de l'intervention de conseils en manutention ?

174 **E : Pour les conseils en manutention qui se font sur le terrain.**

175 E3 : Heu ouai c'est pas facile ça parce que j'allais dire pour l'emploi, c'est mon premier emploi ici et j'ai commencé en février.  
176 Et les conseils en manutention sont arrivés relativement vite parce que finalement c'était en allant sur le terrain, en allant rencontrer les  
177 résidents aussi. Ba au tout début je te dis, ils avaient pas forcément le réflexe de venir me voir les soignants pour les situations  
178 problématiques, vu qu'ils c'étaient débrouillés tout seuls jusque-là. Donc c'est petit à petit qu'on a trouvé notre rythme aussi pour se  
179 signaler les situations comme ça qui posaient problème. C'est au tout début je dirais peut-être, ouai même quasiment dans le premier  
180 mois, où j'ai commencé à faire des évaluations de toilette, à voir les personnes dans le quotidien, dans leur chambre, comment elles se  
181 débrouillaient, que j'ai pu constater des situations comme ça. Dès le tout début finalement il y avait des conseils, un petit mieux à apporter  
182 pour la personne.

183 **E : D'accord. Heu du coup vous avez répondu à la question. C'était « Comment et quand les aides-soignants peuvent vous  
184 solliciter lorsqu'ils rencontrent des situations de transferts problématiques ? » Donc vous m'avez dit le petit mot ou dans les  
185 couloirs heu, il n'y a pas d'autres moyens ?**

186 E3 : Heu ba les réunions entre équipe. En gros moi le mardi et le jeudi quand je suis là, on fait à 15h une réunion avec toutes les  
187 équipes, de tous les étages, où on refait le point de toutes les situations.

188 **E : D'accord. Maintenant des questions plus par rapport à l'évaluation des capacités de résidents à réaliser leur transfert.  
189 Donc j'aimerais savoir comment vous faites pour définir le niveau de dépendance des résidents lors des transferts ?**

190 E3 : Alors j'avoue je n'utilise pas d'échelle, je n'utilise pas d'évaluation cotée. Ba après je tiens compte de différents facteurs  
191 mais qui sont plus de l'ordre de l'observation, donc c'est vrai que ce n'est peut-être pas très standardisé tout ça mais bon. Pour l'instant  
192 je me débrouille comme ça. En fait je me suis pas mal basée sur des évaluations que j'avais vu en stage parce que j'estime que c'est plus  
193 simple d'appliquer des évaluations qu'on a déjà appliqué auparavant. J'aime pas forcément prendre une évaluation qu'on a jamais vu  
194 autrement qu'en théorie. En lisant des articles parfois c'est pas forcément très facile à reproduire. Donc se familiariser avec une évaluation  
195 qu'on ne connaît pas et l'appliquer, j'avoue que je ne suis pas trop pour. Enfin je n'ai pas trop tenté de ce côté. Je préfère appliquer les  
196 évaluations que je connais, que j'ai déjà vu et déjà appliqué.

197 **E : D'accord donc c'est des bilans maisons que vous avez pu faire en stage auparavant c'est ça ?**

198 E3 : Ba il y a par exemple des bilans maisons que j'ai trouvé pas mal fait en stage. Ils y en a certains que je n'ai pas gardés aussi,  
199 en fonction de ce qui me parlait le plus. Et sinon il y avait aussi des évaluations standardisées que j'ai gardées également, que j'ai pu  
200 appliquer en stage et que du coup je connais mais je n'avais pas d'évaluation spécifique pour l'évaluation du niveau de dépendance  
201 d'une personne lors d'un transfert. Hormis les évaluations maisons et donc non cotées. Donc c'est vrai que je suis partie plutôt sur des  
202 évaluations de l'ordre d'observations. Voilà je prend en compte aussi les antécédents de la personne bien-sûr. Et puis je me base pas mal  
203 sur les mises en situations de toilette et d'habillage. Je trouve qu'elles représentent pas mal la personne dans la globalité, vu qu'on la  
204 voit pour ce qui est des transferts, de la station debout, de l'aide aux transferts, pour l'autonomie à la toilette et à l'habillage, heu, bon  
205 l'indépendance aussi pour tous les gestes mais heu. Enfin je trouve que ça regroupe pleins de choses et c'est plutôt intéressant, assez  
206 reproductibles, parce que je ne suis pas là non plus très souvent et c'est quelque chose que je trouve plus facile à planifier dans une  
207 journée. Et que voilà, on peut voir vraiment la personne en globalité en regroupant ces activités là au moment du matin.

208 **E : D'accord. Donc l'évaluation au transfert se fait pendant l'évaluation toilette et habillage.**

209 E3 : Alors ça peut soit être fait en même temps que cette évaluation de la toilette et de l'habillage et si je la trouve pas assez  
210 pertinente, pas assez représentative de la situation, on va faire plus particulièrement, si c'est vraiment la situation de transfert qui pose  
211 problème, on va faire des mises en situation spécifique de transfert, celles qui posent problèmes.

212 **E : D'accord. Et vous observez quoi du coup lors de ces mises en situations de transfert plus particulièrement ?**

213 E3 : Je vais observer le tonus de la personne, si elle arrive à tenir debout, la position des pieds, si elle est bien en appui au sol, si  
214 elle n'est pas désorientée, si elle comprend les informations, si elle les entend éventuellement. Heu si elle n'a pas d'autres déficits, par  
215 exemple des déficits visuels, si elle n'a pas de limitation d'amplitude. Si elle peut participer au transfert également, si elle peut par  
216 exemple se tenir, si elle n'a pas d'appréhension au transfert aussi. Heu si elle peut maintenir ses jambes en tension, en position debout,  
217 c'est qu'elle peut mieux participer à un transfert plutôt que si elle va lâcher les genoux. C'est vraiment de l'ordre de l'observation j'avoue.  
218 Ce n'est pas quelque chose de standardisé et voilà j'essaie de tenir compte de tous ces critères là pour faire en sorte que ça soit le plus  
219 proche de la situation de la personne, de ce qui est peut être problématique pour elle ou pour un soignant dans un transfert. Qu'est-ce  
220 qu'on pourrait amener comme aides-techniques éventuelles qui pourraient faciliter la démarche de transferts ? Est-ce que l'aide-  
221 technique actuellement utilisée est pertinente ou est-ce qu'on peut la modifier ? Voilà trouver une adaptation et adapter peut-être  
222 également l'environnement si jamais c'est ce qui pose problème.

223 **E : D'accord. Et du coup quand vous avez fait ce bilan, comment est-ce que vous transmettez toutes ces informations aux  
224 aides-soignants ?**

225 E3 : Alors juste après l'évaluation, généralement j'ai recueilli les informations avec les soignants en amont et je n'en reparle pas  
226 immédiatement avec eux ensuite pour voir aussi eux comment ils réagissent par rapport à ce qui s'est passé. Qu'est-ce qu'ils en pensent ?  
227 Sans forcément que je donne mon avis mais déjà recueillir leur point de vue, ce qu'ils ont ressenti pendant la situation. Je recueille  
228 également le point de vue de la personne, si elle est cohérente et si elle peut me donner son avis, si elle est angoissée. Tout ça ça rentre  
229 en compte et je fais un bilan ensuite qui prend en compte toutes les capacités de la personne, ses incapacités, tout ce que j'ai pu observer.  
230 Egalement tout ce que je te disais au niveau de capacités vraiment plus fonctionnelles. Et je retranscris tout ça dans un onglet spécifique  
231 dans un logiciel informatisé qu'on utilise, où je peux faire un compte-rendu d'une évaluation en ergothérapie. Donc là je fais vraiment  
232 un compte-rendu texte où je notifie toutes ces informations-là et en conclusion je mets qu'est-ce qu'on peut apporter comme solution.  
233 Parfois ça peut être juste une adaptation comme comment se comporter avec la personne. Si c'est vraiment une personne qui se débrouille  
234 très bien mais qui a beaucoup d'angoisse, parfois ça peut-être suffire de juste davantage la rassurer, la guider dans les mouvements  
235 lors d'un transfert. Ça peut-être juste « Mettez votre main ici pour vous tenir ». Si c'est une personne qui cherche à agripper quelque  
236 chose à tout prix et que ça angoisse d'avoir la main dans le vide, c'est parfois juste simplement l'aider à se stabiliser et faciliter une

237 situation. Donc voilà c'est des choses que je propose. J'estime que c'est pas forcément les solutions miracles mais voilà c'est  
238 quelque chose que je propose qu'on mette en place pour voir si ça fonctionne pour tout le monde, que ça soit pour la résidente ou pour  
239 les soignants. Et voilà en fonction de ça, adapter ensuite ce qu'on peut proposer en fonction du point de vue des résidents et des soignants  
240 vis-à-vis de tout ça.

241 **E : D'accord. Donc ce qui est transmis c'est vraiment le bilan complet ?**

242 E3 : Ba je mets tout vraiment dans la synthèse et en conclusion les solutions qu'on peut apporter. J'essaye de faire synthétique  
243 parce que c'est vrai que c'est parfois peut-être un pavé mais je préfère tout mettre parce que je trouve que c'est quand même important  
244 de détailler l'ensemble de la situation à la date où on a fait le point avec la personne, pour vraiment se représenter l'évolution des choses.  
245 Enfin je préfère faire quelque chose comme ça parce que finalement dans tous les dossiers patients jusqu'à présent je n'ai pas vraiment  
246 de trace de leur évolution, à part le niveau GIR. Et je trouve ça un peu dommage qu'il n'y est pas un suivi personnalisé de l'évolution  
247 de la personne. Bon parfois c'est oral bien-sûr. Les soignants qui les ont suivis depuis très longtemps ils savent très bien comment la  
248 personne à évoluer mais quand même j'aime bien les notes. Si c'est quelque chose de noté avec les dates exactes, je trouve que c'est  
249 quand même intéressant et pertinent de poursuivre un suivi écrit. Bon après je sais que ne reste pas très longtemps sur l'établissement,  
250 je suis en CCD et je termine fin juin, ce qui fait que ce que je mets en place je ne sais pas si ça sera poursuivi ensuite. Mais voilà.

251 **E : Pour faire le relai.**

252 E3 : Voilà je trouve que c'est important que ça soit des choses qui puissent se retrouver ensuite, vu que c'est un logiciel  
253 informatisé. Et de toute façon en doublon on a quand même des dossiers papiers et quand je fais un compte-rendu je l'imprime aussi  
254 pour le mettre dans le dossier de la personne.

255 **E : D'accord, donc c'est une transmission écrite. Il n'y a pas de transmission orale par la suite ?**

256 E3 : Ba après bien sur je fais le point avec les équipes, mais une fois que j'ai fait cette transmission écrite par contre.

257 **E : Et le point il se fait en réunion, c'est ça ?**

258 E3 : Heu ba le problème c'est que les réunions c'est toutes les équipes, tous les étages donc pour tous les résidents et je n'aime  
259 pas trop parler de manière trop spécifique d'un résident dans une réunion. Je préfère aller voir l'équipe qui s'en occupe particulièrement,  
260 à l'étage, pour voir avec eux et faire le point, et éventuellement les petites choses qu'on pourrait améliorer et puis voilà qu'ils me tiennent  
261 au courant de l'évolution.

262 **E : Hum hum. Du coup vous trouvez que ce mode de transmission est plutôt efficace ?**

263 E3 : Ba j'ai une petite critique à faire avec le logiciel qu'on utilise. C'est que l'onglet « Paramédical » est à part des transmissions  
264 générales, ce qui fait que à moins que fasse, ce que je fais parfois mais j'avoue que ce n'est pas très fluide, à moins de faire un lien vers  
265 l'onglet en disant « je vous propose de lire le détail du compte rendu si vous le souhaitez dans l'onglet », parce que je pense que personne  
266 ne va cliquer sur l'onglet sinon, c'est un peu dommage. Il n'y a pas moyen d'avoir accès à ce compte-rendu si on ne va cliquer dans  
267 l'onglet spécifique « Paramédical Ergothérapie ».

268 **E : D'accord. Donc c'est pas souvent lu par les équipes ?**

269 E3 : Je ne pense pas qu'ils vont les lire très souvent. C'est quelque chose que je fais à l'oral. Je leur fais uniquement la conclusion  
270 souvent parce que le détail je l'ai mis parfois en lien dans, en fait on a une liste de transmission avec une transmission faite par telle  
271 personne, à telle heure, pour telle catégorie concernant la personne. Et par exemple quand je fais une évaluation de toilette je mets la  
272 transmission à cet endroit-là, disant « j'ai planifié une évaluation de toilette en accord avec les soignantes et la résidente » et je le notifie  
273 là comme ça je sais que c'est dans le fil de discussion entre guillemet, qui concerne la personne, parce que c'est par résident. Et bon à  
274 priori en regardant la liste, en voyant les dernières actualités concernant la personne, on peut facilement retrouver « Ah bon d'accord il  
275 y a l'ergothérapeute qui passera »

276 **E : D'accord. Heu maintenant je vais vous poser plus des questions par rapport à l'évaluation de tout ce qui est élément  
277 environnementaux qui peuvent influencer la participation des résidents lors des transferts.**

278 E3 : D'accord.

279 **E : Donc heu j'aimerais savoir quels sont les éléments de l'environnement, du contexte dans lequel se déroulent les  
280 manutentions, qui peuvent limiter ou au contraire faciliter la participation des résidents lors des transferts ?**

281 E3 : Heu la première chose qui me vient à l'esprit c'est par exemple une personne qui a un fauteuil roulant, un fauteuil simple, ça  
282 fait partie aussi de l'environnement, c'est une aide technique finalement, heu je dirais que ça fait partie d'une aide environnementale  
283 parce qu'on peut demander à la personne de se tenir à l'accoudeur pour un transfert, pour participer. Heu une autre aide ça peut être un  
284 élément fixe, par exemple le cadre de lit. On propose à la personne de s'y tenir pour la rassurer mais aussi peut-être pour avoir un meilleur  
285 équilibre, autre qu'un fauteuil par exemple. On a aussi des commodes dans les chambres et on a quelques adaptables, des tables à  
286 roulettes mais ça pour le coup c'est vraiment pas un appui préconisé. C'est plutôt un élément gênant dans l'environnement mais bon  
287 dans les transferts c'est quelque chose qui est souvent poussé pour éviter qu'il y ait tout risque justement de déséquilibre, parce que  
288 même si on met les freins c'est quand même instable. Et ouai je pense à l'appui au bord du lit, l'appui au cadre de lit, aux accoudeurs  
289 d'un fauteuil roulant.

290 **E : D'accord, tous ce qui est matériel, qui environne. Ok. Parce que quand je dis éléments environnementaux c'est global.  
291 Je vois l'environnement physique, social, institutionnel...**

- 292 E3 : Ah d'accord !
- 293 **E : Non mais c'est peut-être ma question qui n'est peut-être pas forcément bien...**
- 294 E3 : Non non mais je pensais vraiment environnement environnement
- 295 **E : Je pensais vraiment au contexte général dans lequel se réalise le transfert.**
- 296 E3 : Ba après pour l'aide qui peut être plus sociale, c'est-à-dire faire participer la personne. Enfin la stimuler, c'est ça que tu veux  
297 dire ?
- 298 **E : Heu bin j'essaye de voir un peu ce que l'ergothérapeute peut prendre en compte.**
- 299 E3 : Heu ouai ba de toute façon je trouve ça très important de stimuler la personne dans un transfert, qu'elle soit complètement  
300 désorientée ou qu'elle ne semble pas répondre forcément aux stimulations. Je trouve ça quand même important de l'informer de ce qu'on  
301 est en train de faire, quel que soit la situation de la personne, parce ce que même si elle ne comprend pas tout, si elle comprend une brève  
302 des informations ça lui évite quand même d'être d'avantage angoissée par heu « Qu'est-ce qu'il se passe, on me mobilise ? ». J'estime  
303 même que pour le respect de la personne c'est normal de lui expliquer ce qu'on est en train de lui faire et d'autant plus si c'est une  
304 personne qui peut être stimulée et qui peut participer. La stimuler, ba parfois ça peut être un indice oral, lui proposer de s'accrocher à la  
305 personne qui va la prendre avec elle pour un transfert. Donc ce n'est pas toujours très rassurant pour les personnes. Et en même temps si  
306 elles sont bien englobées, maintenues par la personne en qui elles ont confiance, qu'elles peuvent s'agripper pour se rassurer plutôt que  
307 d'avoir les mains dans le vide... enfin on peut assez facilement comprendre que c'est quelque chose qui peut être angoissant. Tout ça ça  
308 rentre en ligne de compte pour informer la personne, lui proposer de participer, d'aider les soignants parce qu'au bout d'un moment en  
309 tant que soignant on s'épuise aussi à faire tout soi-même. La personne peut aussi nous aider même si elle est relativement dépendante.  
310 C'est le cas quand même de beaucoup de résidents, ils peuvent faire des petites choses. Je pense à toute à l'heure, une résidente que j'ai  
311 vu en évaluation de toilette. Elle n'a pas pu beaucoup participer à la toilette parce que bon elle est déjà très angoissée et parce qu'elle  
312 présente des ankyloses nombreuses au niveau des articulations. C'était compliqué aussi pour elle de participer parce qu'elle est  
313 désorientée mais par contre il y a eu un moment où elle a pu participer parce qu'on lui a proposé de lever légèrement la jambe pour  
314 enfiler un bas, pour aider la soignante. Ba c'est une petite chose par rapport à l'ensemble de tout ce qui est toilette/habillage mais elle a  
315 pu aider un petit peu parce qu'on l'a stimulé, parce qu'on lui a proposé de faire quelque chose et de faire par elle-même. Enfin je trouve  
316 que c'est tout bête mais que c'est important de continuer à stimuler la personne, lui proposer de participer. Et enfin du coup ça marche  
317 dans les 2 sens, il faut aussi respecter le choix des personnes de ne pas vouloir participer. Parce que ça peut arriver aussi des personnes  
318 qui veulent qu'on les aide complètement, qui veulent être pris en charge du début à la fin et qu'on leur fiche la paix finalement. Elle se  
319 laisse faire et c'est tout ce qu'elle demande. Donc continuer à les stimuler. Je pense que c'est important quand même de ne pas les laisser  
320 complètement se grabatiser. C'est dommage. Leur proposer toujours de participer mais sans insister parce que c'est des personnes qui  
321 en ont fait la demande aussi et c'est respecter aussi leur droit de ne pas vouloir participer tout le temps.
- 322 **E : Heu pour les personnes comme ça, c'est souvent quelles raisons qui sont heu données par les résidents de ne pas vouloir  
323 faire du tout heu ?**
- 324 E3 : Heu je pense par exemple à une dame qui présente une démence, enfin ce n'est pas très marqué mais bon ça commence quoi.  
325 On a des petits signes qui nous indique que la démence commence à s'installer. Et donc c'est une dame qui pourrait se débrouiller toute  
326 seule, elle a vraiment des capacités mais elle n'en a absolument pas la volonté. Elle est déprimée et par exemple à un moment où on lui  
327 proposait de participer pour l'enfilage de son pull, qu'elle a fait d'ailleurs toute seule, mais pourtant son argument durant tout le long de  
328 l'habillage c'était de dire qu'elle ne pouvait pas parce qu'elle était amputée. Alors est-ce que c'était une métaphore pour dire qu'elle ne  
329 pouvait plus se servir de sa main comme avant, qui présentait de l'arthrose et qui était un peu enraidie, ou est-ce que vraiment elle se  
330 représente sa main comme amputée ? C'est difficile de savoir mais en tout cas c'est ce qu'elle a verbalisé et j'ai trouvé intéressant après  
331 de voir avec elle si c'était quelque chose qui était récurrent, que le fait que sa main ne soit plus aussi valide qu'auparavant signifie pour  
332 elle qu'elle n'existe plus ou si c'était une fulgurance peut être à ce moment là où elle a eu la sensation que sa main était partie. Voilà on  
333 ne peut pas toujours savoir, mais toujours en tenir compte et puis rassurer la personne, lui proposer de faire, lui montrer qu'elle peut faire  
334 des choses mais respecter aussi lorsqu'elle ne souhaite pas faire et quand c'est quelque chose qui peut l'angoisser aussi. Parce que le fait  
335 de leur demander de faire quelque chose qu'elles savent difficile pour elles, je trouve que le fait de les confronter à une situation d'échec  
336 c'est pas forcément quelque chose d'utile non plus si c'est des personnes déjà déprimées, déjà dans un état pas très positif auparavant au  
337 niveau psychologique. Donc il y a pleins de choses je pense qui rentre en ligne de compte dans cet ordre-là.
- 338 **E : Ok. Heu du coup lors de l'évaluation des capacités du résident vous prenez en compte tout ce qui est environnement  
339 physique, et aussi tout ce qui est environnement social, l'aide verbal qu'on peut apporter. Comment vous le prenez en compte  
340 dans l'évaluation ?**
- 341 E3 : Ba c'est sûr que l'évaluation c'est à un moment T avec généralement un aidant, qu'on peut estimer. C'est un aidant qui  
342 applique sa méthode, avec cette résidente-là, qui va lui parler beaucoup, alors qu'une autre aidante elle lui aura parlé beaucoup moins  
343 par exemple. Et oui ça peut dépendre aussi de la personne en face mais bon quand je fais une évaluation j'essaye de tenir compte de la  
344 situation telle que je l'observe. Et en constatant que la personne sera rassurée, par exemple, quand on lui parle beaucoup, c'est quelque  
345 chose que je vais notifier de toute façon. En conclusion, ba voilà dire « C'est une personne qui a besoin d'être rassurée. Lui parler  
346 beaucoup, lui expliquer ce qu'on fait, lui proposer de participer ou au contraire détourner son attention ». Peut-être que c'est quelque  
347 chose qui va lui permettre d'être plus à l'aise pendant un soin qui l'angoisse. Ça dépend vraiment de la personne. Et après c'est des  
348 choses à tester. Et si la personne a été très angoissée durant une toilette alors qu'on lui parlait beaucoup, qu'on lui expliquait pleins de  
349 choses, ba après ça peut dépendre aussi de si c'était un jour où elle était très angoissée de base, donc c'est pour ça que c'est important  
350 d'en discuter avec les soignants qui la connaissent au quotidien. Heu est-ce que c'était parce que c'était une soignante avec qui elle n'est  
351 pas à l'aise aussi ? Ça les soignants s'en rendent compte en fonction de si ça se passe mieux avec une collègue qu'avec elles. Les affinités  
352 c'est quelque chose de normal de toute façon. Donc voilà il y a pleins de choses qui rentrent en ligne de compte. Quand je fais un compte  
353 rendu par exemple d'évaluation de toilette, je notifie tout ce que j'ai observé. Et j'essaye de faire le point en regroupant toutes les  
354 informations recueillies auprès des soignants, dans le dossier médical de la personne aussi, de tous ses antécédents qui pourraient justifier  
355 cette situation, enfin ça peut-être aussi ses oscillations psychologiques par exemple. Tout ça j'essaye d'en tenir compte pour faire une

356 conclusion qui prenne en compte la situation observée le jour-même mais également prise dans la globalité de la personne dans  
357 son quotidien. Comment c'est reproductible et comment essayer d'améliorer ? Et donc essayer des choses et voir si c'est adapté ou si on  
358 peut encore davantage adapter.

359 **E : Ok. Et donc du coup je crois vous avez déjà un peu répondu à ma prochaine question, mais lorsque les éléments de**  
360 **l'environnement limitent la participation des résidents, comment est-ce que vous pouvez intervenir en tant qu'ergothérapeute ?**

361 E3 : Ba je trouve que c'est après l'évaluation où on se rend compte, enfin pas forcément l'évaluation formelle mais une  
362 observation déjà de la situation, on se rend mieux compte de ce qui pose problème et éventuellement même de ce qui ne pose pas  
363 problème. Parfois c'est parce qu'un transfert n'est pas certain par les soignants, au final je leur dis « Non ça se passe très bien, il faut  
364 que vous continuiez comme ça, la personne est en confiance, c'est correcte, vous n'avez pas de danger pour vous-même ». Donc ça peut  
365 être positif aussi bien sûr mais ouai après les améliorations on les suggère après avoir vu la situation en direct pour se rendre compte et  
366 avoir fait le point avec les soignants, parce que c'est une fois une situation, mais eux ils connaissent la personne tous les jours, ils savent  
367 qu'est-ce qui peut poser problème dans le quotidien. Et en regroupant toutes ces informations-là je propose une solution que je pourrais  
368 apporter, parce que voilà dans notre formation d'ergothérapeute, on connaît plusieurs méthodes d'aides techniques, de manutention, des  
369 choses qui peuvent être plus ergonomiques, qui peuvent être plus adaptées dans toutes les situations qui peuvent existées. On essaye  
370 d'être au plus près de la réalité, enfin j'aime bien le fait de dire que c'est une prise en charge « globale » parce qu'on prend en compte  
371 pleins d'éléments et on peut apporter ce regard-là, spécifique, pour aider les équipes et les résidents aussi, à être au mieux et voilà leur  
372 apporter des solutions avec un point de vue différent. Mais c'est des solutions qu'il faut tester, qui peuvent être remises en questions  
373 toujours. J'estime que ce n'est pas une solution qui doit être appliqué coûte que coûte parce qu'on a dit qu'il faudrait appliquer ça. Non  
374 je trouve que c'est mieux de dire on essaye pendant un certain temps et en fonction des résultats qu'on obtient avec cette solution, on va  
375 décider de la conserver si c'est mieux ou d'en trouver une autre si c'est pas forcément idéal.

376 **E : D'accord. Heu ça aussi vous m'avez déjà pas mal répondu mais est-ce que vous voyez un intérêt à faire participer les**  
377 **résidents lors des manutentions ?**

378 E3 : Oui. Ba je trouve que c'est très important pour éviter leur perte d'autonomie, toujours de les stimuler dans le quotidien de  
379 toute façon, dans toutes les situations possibles, d'autant plus dans les transferts où ça peut être angoissant pour eux de se laisser  
380 manipuler et il faut les prévenir. Bon parfois c'est sûr qu'au niveau d'un gain de temps ça peut être intéressant pour les soignants mais  
381 dommage pour la perte d'autonomie de la personne. Je ne blâme pas les soignants parce que je sais très bien qu'ils ont des situations où  
382 il faut aller vite mais ça ne prend pas beaucoup plus de temps non plus de prévenir les résidents de la manipulation qu'on va faire, dans  
383 quelle direction, pourquoi, etc. Simplement les informer de ce qui va se passer pour qu'ils n'appréhendent pas d'être porté sans savoir  
384 où ils vont. Bon je ne dis pas que tous les soignants font ça bien-sûr, la plupart préviennent, ils sont bienveillants mais quand même  
385 toujours inciter le résident à aider s'il peut, même une petite aide, comme je te dis soulever une jambe pour passer le bas, que le résident  
386 se tienne à un vêtement pour se rassurer, et éviter les mouvements brusques parce qu'il est déséquilibré pendant le transfert et que ça  
387 l'effraie. C'est des petites choses mais c'est important de ne pas laisser le résident toujours passif, le laisser subir les situations, je trouve  
388 ça vraiment dommage.

389 **E : D'accord. Donc c'est pour le résident. Ca a un intérêt pour le résident surtout.**

390 E3 : Surtout pour le résident. Pour le coup oui, le fait de le stimuler à participer au transfert, pour le coup ouai je trouve que ça  
391 concerne surtout le résident. Un peu moins le soignant mais quand même un petit peu parce que par moment le fait de, enfin si on fait  
392 un transfert sans solliciter une personne qui a une forte corpulence mais qui pourrait tenir sur ses jambes, par exemple, qui peut tenir en  
393 station debout, ça peut vraiment faciliter un transfert le fait d'utiliser ce tonus que la personne a, alors que si on fait un transfert sans lui  
394 proposer d'aider en se tenant bien droite, je trouve ça dommage également de ne pas en faire bénéficier les soignants. Mais c'est vrai  
395 que c'est plus souvent les résidents qui bénéficient de ce stimulus finalement parce, c'est un peu triste à dire, mais c'est vrai que  
396 généralement la journée est assez tranquille pour eux. Ils ne font pas forcément beaucoup de choses hein, même s'ils y a des activités  
397 qui sont proposées, la plupart du temps c'est relativement calme quand même dans les étages et c'est dommage de ne pas profiter des  
398 moments où il y a des soignants avec eux justement, qui peuvent interagir avec eux, de ne pas leur proposer de participer, de ne pas les  
399 stimuler à cette occasion-là.

400 **E : D'accord. Et lors de vos interventions sur le terrain est-ce que vous avez constaté des difficultés de la part des aides-**  
401 **soignants pour les faire participer justement ? Vous m'avez déjà parlé du manque de temps surtout.**

402 E3 : Oui le manque de temps et puis par moment le fait de, si le patient n'est pas très réactif aux stimulations, de ne pas forcément  
403 pousser plus loin. Bon ce n'est pas le cas de tous les monde, la plupart continu quand même de solliciter la personne même si elle n'est  
404 pas forcément réactive mais bon ça peut arriver qu'ils la stimulent une fois mais que après « Bon d'accord elle ne veut pas donc on laisse  
405 tomber ». Mais c'est quand même dommage. Parfois il y a des personnes qui ont besoin de plus de stimulus que d'autres et si elles ne  
406 rejettent pas cette stimulation, parce qu'il y en certaines comme j'ai dit qui ont besoin aussi qu'on les laisse tranquille et c'est leur droit,  
407 mais il y a d'autres c'est simplement parce qu'elles sont quand même très endormies parfois, très fatiguées donc qui ont beaucoup de  
408 mal à sortir de cet état de fatigue. Le fait de les réveiller au moment d'un transfert ça peut quand même aider pour ce moment où ils  
409 peuvent participer. Etre réveillé pendant un transfert c'est quand même important pour ne pas qu'ils se réveillent en plein milieu « qu'est-  
410 ce qu'il se passe ? ». Donc voilà les aider à se réveiller, leur proposer de participer c'est quelque chose qui fait partie de la logique pour  
411 que la personne puisse être là aussi.

412 **E : D'accord. Le manque de temps et aussi un peu de démotivation face à un manque de réaction des résidents.**

413 E3 : Voilà c'est ça aussi et puis par moment des personnes aussi qui sont aphasiques par exemple, on en a également des personnes  
414 après AVC qui ont des aphasies, où le fait de les stimuler ça va les inciter à participer mais on ne comprend pas ce qu'elles veulent dire.  
415 Les aphasies plus ou moins poussées, les personnes s'expriment mais n'arrivent pas à formuler ce qu'elles souhaitent et ba il y a  
416 typiquement une résidente à laquelle je pense. Moi j'ai eu beaucoup de difficultés à la comprendre et ça dépend vraiment des jours pour  
417 arriver à saisir ce qu'elle souhaite et c'est quelque chose qui la frustre beaucoup. Et heu ba je trouve ça dommage en même temps de ne  
418 pas la stimuler parce que si elle n'a pas d'interlocuteur pour essayer de trouver des marqueurs qui permettent de se faire comprendre et  
419 bien elle ne se fera pas comprendre. Parce qu'elle a une orthophoniste qui vient mais pas très souvent. Elle ne peut pas être là tous les

420 jours bien-sûr donc il faut que ça soit suivi par l'équipe aussi. Moi c'est pareil je ne peux pas être là tous les temps-là. Et voilà  
421 c'est quelque chose je trouve qui peut être intéressant de la stimuler parce que c'est une dame qui est frustrée par son aphasie. Elle a  
422 conscience qu'on ne comprend pas ce qu'elle veut dire, c'est quelque chose qui l'attriste beaucoup et dans ce sens-là il faut non  
423 seulement la stimuler mais aussi la rassurer, rester avec elle et ça c'est pas toujours faisable, je le conçois bien sûr. Pourtant il faut  
424 continuer à la stimuler, essayer de comprendre et essayer de travailler en équipe.

425 **E : D'accord. Ok. Donc vous les aidez à faire face à ces difficultés en intervenant au quotidien en fait c'est ça ?**

426 E3 : J'essaye. Après c'est vrai que ça dépend des situations. Si on me rapporte une situation je vais essayer de voir ce que je peux  
427 faire avec la personne et avec les soignants. Et parfois c'est des situations que je constate en intervenant auprès de la personne pour autre  
428 chose. Je me dis « tiens c'est quand même dommage de ne pas davantage stimuler la personne parce que je ne peux pas être tout le  
429 temps-là ». C'est l'équipe soignante qui peut être à même de, parfois c'est pas beaucoup, mais simplement à chaque fois qu'elle vient la  
430 voir, de stimuler la personne, de l'inciter à participer pour un transfert, à parler ou à marcher un peu. Enfin je pense par exemple à une  
431 autre dame où à chaque fois que je venais la voir elle me demandait à marcher dans la chambre car elle ne marchait pas sinon dans la  
432 journée. Donc je trouvais ça un peu dommage, il suffirait que de temps en temps qu'un soignant lui propose de marcher, parce que je  
433 pense qu'elle avait peur aussi de demander aux soignants. Ouai c'est quelque chose que j'ai constaté parce que c'était une dame qui avait  
434 les capacités mais qui avait peur et qui du coup ne demandait pas à marcher. C'est parce que j'ai insisté une fois qu'elle a bien voulu et  
435 qu'ensuite elle me l'a redemandé. Ça c'est bien passé mais elle avait quand même pas mal d'appréhension et voilà dans ce sens-là j'ai  
436 essayé de voir avec l'équipe pour qu'ils lui proposent également de faire des moments de marche et un peu de déambulation dans la  
437 chambre. Donc après c'est une situation particulière mais voilà c'était un constat. Et puis l'autre dame qui avait des difficultés à parler,  
438 c'est pas toujours évident et c'est quelque chose qui est en travail parce que c'est une dame qui a beaucoup de mal, qui est déprimée à  
439 cause de ça. Donc il faut doser, voir en fonction des personnes, des équipes ce qu'on peut mettre en place. Mais oui je trouve c'est  
440 important de faire toujours le point avec l'équipe et avec les résidents sur comment on peut les stimuler pour éviter qu'ils soient passifs  
441 tout simplement dans les soins. C'est quand même une unité de confort et je trouve que ça fait partie du confort également de leur  
442 permettre de participer dans le quotidien de l'établissement.

443 **E : D'accord. Du coup lorsque vous intervenez auprès des aides-soignants vous donnez des conseils, vous m'avez dit**  
444 **d'ergonomie, de matériel, heu au niveau de la guidance verbale. Est-ce qu'il a d'autres conseils ou informations que vous leur**  
445 **donnez ?**

446 E3 : Heu, je ne sais pas si tu l'as déjà dit mais c'est au niveau de l'aménagement de l'environnement par exemple. Voilà en  
447 fonction de la personne, de comment elle préfère organiser les choses, comment elle se sent mieux dans son environnement, lui permettre  
448 d'avoir à proximité les choses auxquelles elle veut accéder facilement, heu enfin en fonction de si c'est une personne qui va beaucoup  
449 se lever, déambuler dans sa chambre, adapter l'organisation de l'espace pour éviter qu'elle ne chute. Lui permettre d'avoir des appuis  
450 facilités si jamais c'est une personne qui en a besoin. Heu éventuellement la mise en place d'une chaise pot par éviter d'aller à chaque  
451 fois jusqu'aux toilettes si c'est une personne qui le désire. Enfin voilà des petites choses comme ça qui sont des constats, quand moi j'ai  
452 discuté avec la personne ou quand les équipes me disent « ba là peut-être que ça serait pas mal de mettre en place ça, qu'est-ce que tu en  
453 penses ? ». Voilà des constats au fur et à mesure, en fonction de comment la personne s'adapte à la vie ici, des besoins qu'elle peut  
454 émettre, qui évoluent en fonction de la durée de son séjour, parce que c'est quand même des longues durées. Ça peut être aussi la  
455 demande des familles. Je n'en ai pas beaucoup parlé des familles mais elle compte aussi bien-sûr dans la prise en charge. Et faire en  
456 sorte que tout le monde soit rassuré aussi dans la prise en charge de la personne. Donc voilà ça peut faire partie de tout ce qui est pris en  
457 compte, donc des choses qui rassurent la personne, une photo à côté du lit ou...

458 **E : Donc ça c'est des conseils que vous donnez aux aides-soignants ?**

459 E3 : Oui enfin ça peut être des conseils ou alors l'aménagement directement dans la chambre. Je vois avec la personne en fonction  
460 de ce qu'elle a envie, de ce qu'elle a besoin et oui c'est soit ça, soit j'apporte du matériel, enfin je gère le matériel en sous-sol, donc si  
461 besoin j'en amène en fonction des demandes ou de ce que j'ai pu constater avec la personne. Donc oui ça évolue avec le temps en  
462 fonction des besoins.

463 **E : D'accord. Et du coup comment est-ce que vous transmettez tous ces conseils ? C'est tout par écrit en conclusion de**  
464 **bilan ou c'est aussi des démonstrations, des explications orales de façons de faire particulières ?**

465 E3 : Heu s'il y a quelque chose à transmettre je trouve que c'est important de passer par l'oral, directement avec les équipes. Oui  
466 je trouve ça normal de communiquer en direct avec les équipes parce que c'est sur le terrain et qu'on peut voir aussi avec eux ce qu'il  
467 en pense en direct. Si ils trouvent que c'est une solution qui peut être faisable ou s'ils estiment que ce ne sera pas très faisable au  
468 quotidien. Je vais essayer d'adapter pour que ce soit reproductible. Le but c'est que ce soit faisable de toute manière. Et en fonction de  
469 ça, toujours je mets une transmission dans le logiciel. Donc de toute façon s'il y a une évaluation je le mets dans compte rendu ergo en  
470 détail et si c'est quelque chose qui doit être appliqué tout de suite je rajoute une information également dans le logiciel parce que je sais  
471 que c'est une transmission qui sera plus facilement visible. Quand c'est je ne sais pas l'adaptation de l'environnement, la mise en place  
472 d'une chaise douche par exemple, tout ça je le notifie en plus dans les transmissions.

473 **E : D'accord. Et tu fais aussi des conseils au niveau des postures à adoptés pour les soignants ou ... ?**

474 E3 : Heu c'est vrai que je l'ai plus fait dans le cadre de la formation, donc j'évite de leur redonner des conseils par-dessus parce  
475 que j'estime que pendant les transferts on a déjà beaucoup de choses à penser, on ne va pas en plus « Ah souviens-toi qu'il faut te tenir  
476 droit ! ». Donc je leur rappelle par exemple en sortant de la chambre si j'ai observé que la posture du soignant au moment du transfert  
477 n'était pas optimale. Je fais un petit clin d'œil, rappel, à la fin, mais en dehors de l'intervention parce que j'estime que c'est quelque  
478 chose qui est reproductible de toute façon de manière globale. C'est pas juste pendant une situation, c'est pour toutes les situations qu'il  
479 faut penser à se protéger soi et ça c'est pas forcément de l'ordre d'une situation spécifique à moins que ce soit une situation très  
480 problématique et que ça mette en danger le soignant à chaque fois qu'il fait un transfert. Là je trouve que c'est une urgence directe  
481 finalement pour éviter qu'il y est accident du travail. Sinon c'est un rappel plus général, comme maintenant j'ai pu faire la formation aux  
482 2 équipes, c'est verrouiller la zone lombaire pour éviter que pendant les transferts il y ait rotation du tronc et donc risque. C'était parmi  
483 les conseils qu'il y avait mais c'est des petites choses que j'essaye de rappeler pour que ça commence à tourner.



- 484 **E : D'accord. Et quand tu observes des difficultés de la part des aides-soignants pour réaliser les manutentions, est-ce**  
485 **qu'il t'arrive de faire certaines préconisations à la direction de l'établissement ?**
- 486 E3 : Heu. Non pas spécialement, enfin pour l'instant ça ne m'est jamais arrivée. Non parce que finalement c'était durant les  
487 formations qu'on a refait le point, vu que c'est arrivé il n'y a pas très longtemps. J'avais observé des situations de manutention ce qui  
488 fait qu'à partir de là j'ai adapté ma formation pour prendre en compte ce que j'avais pu observer sur le terrain et ce qu'il y avait besoin  
489 de remettre à plat, et pour que ce soit des rappels qui fassent échos aux situations réelles finalement.
- 490 **E : Il n'y a pas eu un besoin de matériel supplémentaire ou des choses qui auraient pu être demandées ?**
- 491 E3 : Heu en tout cas pour les soignants non. On l'a le matériel pour les transferts. Il y a eu par exemple, enfin en ce moment c'est  
492 encore en questionnement pour un résident qui est très grand, dont les transferts posent un peu problème parce que bin il est à un grand  
493 format, que souvent le matériel qui est disponible dans l'établissement c'est standard. On a quand même des formats qui se veulent dans  
494 des échelles variées mais là comme c'est un monsieur qui est quand même grand j'ai 2 équipes qui fonctionnent de manière différente.  
495 Une équipe qui utilise le lève-personne mais je pense qu'ils l'utilisent avec une sangle de taille classique, M je pense, et c'est une  
496 personne qui doit avoir besoin d'une taille L, voire XL. J'ai jamais pu encore assister à ce transfert. Tu vois l'importance de poser un  
497 rendez-vous, parce qu'à chaque fois que j'essayais de passer à l'étage « Ca y est on va pouvoir voir le transfert ! A mince il est déjà  
498 couché. Bon ba je l'ai raté. ». D'où l'importance de se rencarder avec les équipes pour qu'on puisse avoir un moment où c'est consacré  
499 à une évaluation au transfert, où on met en situation, on observe et on fait le point. Et donc cette équipe qui utilise le lève-malade et  
500 l'autre équipe qui fait le transfert à 2 personnes, et je voulais voir comment ça se passait parce que c'est une personne quand même qui  
501 n'est pas très légère, qui ne peut pas forcément aider beaucoup dans le transfert. Il y a quand même un bon tonus au niveau des jambes,  
502 ce qui fait que c'est déjà un avantage pour aider dans le transfert, mais quand même c'est une situation compliquée. Et je trouve que le  
503 transfert actuellement tel qu'il est fait, j'ai observé que l'équipe qui fait le transfert à 2 personnes sans aide technique pour l'instant, je  
504 trouve que le transfert n'est pas forcément optimal donc c'est quelque chose qu'on va revoir. J'ai fait une première observation, j'ai fait  
505 le point avec les soignants, heu qu'est-ce qu'ils en pensent et qu'est-ce qu'il pourrait selon eux être amélioré ? Je leur ai quand même  
506 rappelé il y avait une situation à risque pour eux notamment, parce que pour la personne à priori, bon le transfert est quand même réaliser  
507 de manière correcte. Il n'y a pas de risque pour la personne. C'est plus pour les soignants là pour le coup qu'il y a un risque et ba je  
508 voulais revoir ça pour éviter que le risque se transforme en accident. Donc je vais revoir avec l'autre équipe comment se réalise le  
509 transfert, vu qu'apparemment l'équipe qui réalise le transfert sans aide technique, m'explique que le fait de ne pas utiliser le lève-  
510 personne c'est parce que c'est trop compliqué pour le passage des sangles parce que la personne est très raide au niveau des jambes,  
511 souvent en extension au niveau des jambes. Pourquoi pas hein ! Après je peux l'entendre mais je préfère le voir de mes yeux pour  
512 vraiment mieux comprendre la situation. Et comme l'autre équipe utilise le lève-malade je demande à prendre rendez-vous avec eux  
513 pour le transfert pour voir comment eux ils le réalisent. Et voilà éventuellement trouver une solution adaptée pour les 2 équipes.
- 514 **E : D'accord. Heu alors j'aimerais maintenant savoir pourquoi tu as choisi d'intervenir, enfin tu m'en as déjà un peu**  
515 **parlé, pourquoi tu as choisi d'intervenir au quotidien auprès des aides-soignants et pas seulement lors de formations**  
516 **punctuelles ?**
- 517 E3 : Ouai c'est vrai que c'est un peu ce que j'avais dit avant mais les formations classiques, enfin en plus là j'ai pu faire pour  
518 l'instant qu'une seule formation, c'est la formation Gestes et postures, pour les soignants, pour protéger surtout leur dos lors des  
519 transferts, lors des manipulations du quotidien, et bon c'était des situations générales. Bon je me suis basée quand même sur le quotidien  
520 ici, sur ce que j'avais pu déjà observé et les situations qui pouvaient être risquées pour les soignants, et voilà ça s'appliquait davantage  
521 pour les soignants et bien-sûr dans le respect du résident et dans l'optimisation des transferts avec l'aide du résident, les stimulateurs, etc,  
522 mais voilà c'était assez ciblé sur comment protéger son dos au quotidien et c'était pas très personnalisé. Et parfois quand il y a des  
523 demandes spécifiques pour un résident qui pose problème, que ça soit pour les soignants ou pour le résident qui est angoissé par exemple,  
524 c'est quelque chose que je trouve important qu'il n'hésite pas à solliciter l'ergothérapeute pour qu'il puisse proposer son aide. Même si  
525 ce n'est pas forcément apporter des solutions miracles. Mais c'est proposer des solutions, faire des essais et essayer de s'adapter à une  
526 situation précise parce que c'est comme ça qu'on se représente beaucoup mieux la situation dans sa globalité toujours. Et ba voilà je  
527 trouve que c'est beaucoup plus réaliste et adapté finalement à la situation de venir sur le terrain et de répondre aux demandes des  
528 soignants.
- 529 **E : D'accord. Ok. Et tu as eu quel retour de leur part sur ces interventions ?**
- 530 E3 : Ba globalement c'est... enfin c'est plutôt positif généralement, quand c'est une situation qui fonctionne est tout cas. C'est  
531 quelque chose ba qui les rassure aussi, parce que c'est parfois ça qui leur pose problème et ça les inquiète. Si c'est difficile à réaliser un  
532 transfert ça peut être risqué pour eux mais aussi pour le patient. Et évidemment c'est à éviter. Et si c'est une solution qui leur permet de  
533 réaliser un transfert de manière plus sécurisée pour eux et pour le résident, ba forcément c'est quelque chose qui se fait dans de meilleures  
534 conditions et ils en sont généralement contents quand ça fonctionne. Après voilà les solutions ne fonctionnent pas forcément et on teste.  
535 Donc si c'est quelque chose qu'ils ne sont pas forcément sûrs de pouvoir refaire, quelque chose qui ne leur convient pas totalement, ba  
536 on va adapter la solution. Je préfère qu'ils me le disent et évidemment on abandonnera et on trouvera une solution qui convienne  
537 beaucoup mieux, parce que le but c'est que ça soit réalisé.
- 538 **E : Oui. Et est-ce que tu vois des limites ou des freins à ce type d'intervention au quotidien sur le terrain ?**
- 539 E3 : Heu les limites que je pourrais dire que c'est que ça ne devienne pas un automatisme pour l'ergothérapeute d'être toujours  
540 présent lors d'un transfert. Parce que par exemple, pour l'établissement, il y a beaucoup de résidents, si une situation pose problème à  
541 chaque fois et qu'il y a toujours nécessité de l'ergothérapeute pour contrôler que tout se passe bien, je trouve que c'est les limites. C'est  
542 qu'à ce moment-là, la solution n'est soit pas adaptée suffisamment, soit que les soignants ne peuvent pas utiliser cette solution par eux-  
543 mêmes. S'ils ont besoin d'un contrôle en permanence c'est que ce n'est pas adapté, donc il faut revoir la solution qui a été proposée.
- 544 **E : Ça t'est arrivée du coup ce genre de situation où te demandait d'être présente à chaque fois ?**

545 E3 : Ba toujours pareil c'est pour la situation du monsieur où j'essayais de comprendre pourquoi l'équipe ne voulait pas utiliser  
546 le lève-malade. Voilà à chaque fois quand je leur proposais de tester et qu'ils me donnent leur point de vue, parce que je ne peux pas  
547 tout le temps être-là et que les transferts ne se font pas non plus tout le temps dans la journée. Heu je leur proposais de l'essayer à des

548 moments où je ne serai pas forcément là et qu'ils me donnent leur retour, qu'ils m'expliquent vraiment ce qu'ils en ont pensé, là  
549 où ça posait problème de manière plus ciblée, plutôt que me dire « C'est pas facile d'installer, on laisse tomber, on préfère faire à la  
550 main ». Oui mais qu'est-ce qui pose problème vraiment ? Donc voilà c'est vrai que c'est des choses qu'ils ne font pas par exemple. Je  
551 leur ai demandé d'essayer quand même et de me dire spécialement ce qui les embêtait de manière plus ciblée. Ça n'a pas été fait donc on  
552 va planifier un moment d'observation où on va faire le transfert avec le lève-malade et où je serai présente pour qu'on puisse faire le  
553 point tous ensemble. Donc c'est vrai que c'est peut-être un peu dommage mais bon je peux comprendre si ça les angoisse et qu'ils  
554 préfèrent ne pas essayer sans qu'on fasse ensemble le point. Donc après à revoir et puis si c'est quelque chose qui se reproduit et que  
555 même si on trouve que ça se passe bien avec le lève-personne comme ça mais qu'ils savent qu'ils ne le referont pas, ba c'est qu'il faudra  
556 trouver une autre solution. Et sinon ba les limites je trouve aussi que c'est l'utilisation du matériel qui n'est pas toujours certains pour  
557 les soignants. Il y avait des moments où par exemple, enfin c'est peut-être des petits oublis parce qu'ils ont des formations je pense  
558 régulièrement sur le matériel, sur comment l'utiliser, par les revendeurs. Donc généralement je ne repasse pas derrière. Enfin quand j'ai  
559 su qu'il avait fait des formations récentes sur les lèves-malades, j'ai estimé que dans la formation que j'allais faire, je n'allais pas  
560 forcément remettre une couche. Je préférerais vraiment approfondir sur autres choses pour compléter. Et pourtant par moment, il y a du  
561 matériel qui n'est pas forcément utilisé de manière optimale et c'est dommage parce qu'il n'est pas connu à fond finalement, mais bon  
562 ça peut se comprendre aussi. Par exemple un verticalisateur qui n'avait pas été utilisé parce ils disaient qu'il n'était adapté à la personne  
563 qui était trop grande. Sauf que ça se règle. On peut régler la hauteur des appuis et c'est dommage de dire « Non il est pas adapté » parce  
564 qu'on avait oublié que ça pouvait se régler. Bon je pense de manière générale dans l'utilisation du matériel, pas forcément dans le cadre  
565 des transferts, mais pour l'installation, le positionnement, souvent heu, par exemple pour des appuis têtes de fauteuils confort qui sont  
566 complètement en arrière parce que les vis sont desserrées. C'est un peu dommage parce qu'il suffit de serrer des vis. Donc voilà  
567 finalement quand je passe dans les étages, ba je resserre des vis et c'est un peu dommage que le travail de l'ergo se réduise à ça, parce  
568 que c'est souvent le cas, finalement je le fais parce que je trouve ça trop dommage que les fauteuils soient un peu branlants parce que  
569 c'est juste des vis finalement, qu'il suffit de les resserer. Et c'est le manque de connaissance peut-être ou le manque de temps pour juste  
570 regarder qu'est-ce qu'il ne va pas et parfois ça se résout facilement un problème de matériel.

571 **E : Hum. Et tu n'en profites pas justement lors des interventions pour faire un petit rappel sur des petites choses comme**  
572 **ça qui sont rapides et faciles à faire ?**

573 E3 : Ba j'essaye. Souvent on me dit « il y a un fauteuil qui est cassé ». Je vais allée voir ça mais généralement c'est juste à revisser.  
574 Bon je sais très bien que dans les maisons de type EHPAD c'est souvent des interventions qu'on est amené à faire et c'est normal parce  
575 que c'est du maintien de matériel, mais c'est des petites choses donc je leur explique toujours ce que j'ai fait, où était le souci et je leur  
576 montre ce qu'il y a faire si ça rebouge, etc. J'essaye de les sensibiliser à tout ça mais il y a aussi un autre souci c'est un manque de matériel  
577 aussi. Par exemple pour le serrage de ces vis là il faut des clefs et voilà c'est tout bête mais s'ils n'ont pas ces outils-là ils ne vont pas  
578 pouvoir le faire d'eux-mêmes. Il y a pleins de choses de toutes façons, le manque de temps, le manque de moyens, le fait de pas forcément  
579 se pencher sur ce souci aussi.

580 **E : D'accord. Donc une des limites de ce type d'intervention c'est que tu es amené à faire des choses que tu ne veux pas**  
581 **faire à la base mais qui te prennent du temps quand même à chaque fois.**

582 E3 : Ba c'est pas que je ne veux pas les faire parce que ça fait partie du maintien du matériel médical, ça fait aussi partie des  
583 interventions ergo mais je trouve ça dommage qu'on puisse moins se consacrer à d'autres situations qui sont vraiment plus  
584 problématiques. Bon typiquement, là je te parle des fauteuils, mais quand je parle de l'utilisation du matériel, heu il faut savoir l'utiliser  
585 de manière optimale et parfois ce qui pêche c'est la reproductibilité des actes de transferts dans l'utilisation optimum du matériel. Et  
586 c'est un peu dommage parce qu'il faut passer souvent, il faut rappeler les choses parce que c'est vite oublié finalement. Donc je ne sais  
587 pas si après c'est juste la méthode de transmission orale qui n'est pas adaptée. Enfin je me suis plusieurs fois demandée s'il ne fallait pas  
588 mettre des petites fiches d'utilisation du matériel. Enfin c'est tout bête mais je le conçois très bien qu'ils ne vont pas s'attarder à regarder  
589 comment on règle une machine et pourtant ça serait utile pour faciliter leur travail et pour faciliter également le transfert pour les  
590 résidents. Donc c'est vrai que c'est dommage parfois pour l'utilisation du matériel. C'est quelque chose qui est fait quotidiennement, on  
591 n'a pas un matériel adapté pour chaque personne, mais c'est du matériel qui peut s'adapter aux personnes, parfois par des petits réglages  
592 et je pense que parfois ça ce n'est pas toujours fait et en tant qu'ergo on ne peut pas courir partout pour vérifier que tout est utilisé de  
593 manière optimale. Et parfois ça peut justifier qu'ils n'utilisent pas un matériel d'aide au transfert parce que l'adaptation de l'outil lui-  
594 même n'est pas forcément optimisée.

595 **E : D'accord et quand tu dis réglages c'est vraiment la hauteur des cales pieds, de l'appui-tête, ce n'est pas aussi tout ce**  
596 **qui est bascule d'assise et heu ?**

597 E3 : Ba la bascule généralement ils le font parce que c'est relativement facile à utiliser. C'est plus des réglages qui vont nécessiter  
598 du matériel. Comme je te dis les clefs par exemple ba nous on en a parce qu'on est ergo mais ce n'est pas à tous les étages et je ne suis  
599 pas sûre de toute façon qu'ils sauraient le faire ou qu'ils y penseraient. Et je suis d'accord ça fait partie de notre domaine mais  
600 personnellement je suis peu présente à l'établissement et je m'aperçois au fur et à mesure qu'un résident pourrait être mieux installé, que  
601 le transfert pourrait être mieux réalisé parce qu'il y a un matériel qui n'est pas optimisé dans son utilisation. Ce n'est pas forcément  
602 imputable aux équipes, c'est plein de choses qui rentre en compte, les moyens, le temps. La gestion aussi ! Imagine qu'il y ait des clefs  
603 qui se baladent à tous les étages ça serait assez rapidement le bazar parce que je suppose qu'il y a une clef qui se perdrait dans un  
604 chambre, enfin voilà. Ce problème pourra sûrement être résolu mais c'est progressif et faut trouver encore les solutions.

605 **E : D'accord. Et puis peut-être le fait d'être seulement 2 jours par semaine sur l'établissement ça ne permet pas de...**

606 E3 : Ca n'aide pas. On ne peut pas être partout et forcément quand on dispense des conseils à l'un, est-ce que ça va être ensuite  
607 suivi ? Enfin voilà j'essaye de trouver des solutions et petits à petits ça se met en place mais c'est vrai que pour l'utilisation du matériel  
608 il y a toujours parfois des petites lacunes.

609 **E : D'accord. Et est-ce que tu as pensé à des améliorations dans la manière d'organiser tes interventions et de transmettre**  
610 **tes connaissances ?**

611 E3 : Ah oui ça commence à venir. Ce n'est pas évident de s'organiser mais il y a des petites choses que j'ai commencé à mettre  
612 en place. J'ai voulu faire un suivi du matériel parce qu'il n'y avait pas du tout de suivi de stock. Donc on ne savait pas où était les choses,  
613 si elles étaient disponibles, combien et dans quel état. Quand quelque chose est en mauvais état ça vient de quelle chambre et du coup  
614 est-ce qu'il faut remplacer ? Enfin tu vois des choses comme ça. Donc faire du suivi du matériel ça a été une des choses que j'ai mis en  
615 place, qui est en cours.

616 **E : D'accord. Et depuis que tu intervies auprès des aides-soignants, est-ce que tu as constaté des changements dans la**  
617 **manière dont ils perçoivent la tâche de manutention et dont ils la réalisent ?**

618 E3 : Heu ba c'est peut-être des changements imperceptibles hein mais je trouve qu'il y a quand même des petits changements  
619 déjà pour ce qui est de la stimulation des personnes. Je trouve qu'ils stimulent beaucoup plus les personnes pour ce qui est des transferts,  
620 enfin pour leur expliquer ce qu'ils se passent. Parce qu'à un moment donné il y avait une différence entre vraiment les personnes qui  
621 n'en faisait pas beaucoup et des personnes qui en faisait de manière spontanée. Et ba je les ai incité à communiquer aussi dans l'équipe  
622 pour se transmettre ce qu'ils faisaient entre eux, parce que je trouve ça normal aussi que ça ne soit pas que moi qui dispense les  
623 informations, mais aussi eux entre eux qui propagent les informations, l'aide et que ça enrichisse tous les monde finalement. Et je trouve  
624 que ça ça a été pas mal suivi. Et pareil avec la mise en place du logiciel, le fait que je mette des transmissions dans la liste des  
625 transmissions, ba petit à petit ils les suivaient, parce qu'au début je t'avoue que ce n'était pas forcément respecté ce qui était écrit. Enfin  
626 ils ne faisaient pas forcément le lien entre ce que je demandais qu'il soit fait et ils ne le faisaient pas directement. Ce n'était pas mis en  
627 place au début donc il fallait que je fasse une double information écrite et maintenant j'ai plus forcément besoin de rappeler que j'ai mis  
628 une transmission c'est eux qui me disent « Voilà ont vu ta transmission, il n'y a pas de souci, c'est fait ». Donc je trouve que c'est un  
629 progrès pour ce qui est de l'organisation surtout. Pour les conseils heu, ba ils se débrouillaient déjà très bien. Après, je ne dis pas qu'il y  
630 a avait de la maltraitance hein franchement c'est un établissement correct, dans le respect de la personne, la plupart il n'y a pas de souci,  
631 c'est vraiment pour certains conseils où il y avait besoin d'une information précise. Une personne par exemple qui était aveugle, donc  
632 j'ai donné des informations plus spécifiques pour cette personne-là qui avait besoin de conseils personnalisés liés à sa cécité. Donc là  
633 j'avais fait le point avec l'équipe de manière plus régulière pour expliquer qu'il fallait bien la stimuler pour le repas, parce que c'est une  
634 dame qui peut manger toute seule et bien lui expliquer la répartition des différents éléments sur son plateau, dans son environnement,  
635 régulièrement remettre les choses à la même place, que ça soit le matériel sur les tables ou une adaptable toujours à la même place pour  
636 qu'elle puisse la retrouver à tâtons. Heu toujours lui rappeler l'environnement autour d'elle, comment il est organisé, où elle se situe  
637 dans la chambre, voilà des petites choses comme ça et voilà ça s'est mis en place petit à petit. Je dirais que c'est une amélioration de  
638 l'organisation plus qu'une amélioration des techniques de manutention. C'est heu, on a trouvé notre organisation entre l'équipe et moi  
639 et ça se passe beaucoup mieux au niveau du transfert d'informations, au niveau de la mise en action des conseils qu'on a pu prodigués  
640 et mettre en place.

641 **E : D'accord. Donc du coup les solutions sont trouvées, entre guillemets, plus rapidement, grâce à cette organisation.**

642 E3 : Ba c'est vrai que ça fonctionne pas mal comme on a trouvé maintenant notre organisation. C'est toujours des retours en  
643 équipe, essayer de rencontrer tout le monde pour faire le point, régulièrement heu, mettre des transmissions écrites pour que ça soit un  
644 suivi régulier qui soit retrouvé, traçable. Et c'est quelque chose qui se met du coup facilement en place et ça peut être vraiment appliqué  
645 rapidement. Ça c'est intéressant pour l'évolution, pour que ça puisse être aussi remis en question aussi et que ça soit adapté au mieux.  
646 Donc je trouve que ça se passe pas mal pour l'instant tel que c'est.

647 **E : Ok. Et bien je te remercie. Je n'ai plus de question. Peut-être que tu as des éléments qu'on n'a pas abordé, que tu**  
648 **aimerais rajouter sur l'entretien ?**

649 E3 : Je réfléchis. Non je pense qu'on a fait le tour de pas mal de choses. C'était déjà heu... non je pense qu'on a parlé déjà de  
650 beaucoup de choses.

## ANNEXE X : Retranscription entretien avec AS1

1 AS1 : Bonsoir, alors je me présente je suis Mme X, donc je suis aide-soignante à résidence X et ça fait 11 ans que j'exerce voilà,  
2 en tant qu'aide-soignante.

3 **E : 11 ans d'accord.**

4 AS1 : Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions ou à vos attentes voilà.

5 **E : D'accord, et bien c'est très gentil à vous. Donc vous avez déjà répondu à ma première question : ça fait 11 ans que**  
6 **vous travaillez en EHPAD ?**

7 AS1 : Voilà c'est ça, ça fait 11 ans que suis dans la gériatrie.

8 **E : D'accord. Alors deuxième question, est-ce que vous avez reçu des formations concernant la manutention ?**

9 AS1 : Ah oui. Plusieurs ! C'est des formations qui sont reconduites en général au moins une fois par an, donc c'est assez fréquent.  
10 Voilà donc avec (Prénom de l'ergothérapeute), heu j'en ai déjà eu, je crois que c'est là 3<sup>ème</sup>. Après il y a eu d'autres intervenants quand  
11 il n'y avait pas encore d'ergothérapeute dans la maison.

12 **E : D'accord. Et vous avez reçu une formation initiale pendant votre parcours ?**

13 AS1 : Oui à l'école d'aide-soignante effectivement. Après une formation, c'était quand même quelque chose de très bref. Si mes  
14 souvenirs sont bons il me semble que c'était de l'ordre de 2 jours, pendant lesquels on a appris plusieurs méthodes de manutentions.  
15 Après ce que j'ai le plus retenu et le plus appris bien-sûr c'est sur le terrain, dans l'établissement où je travaille actuellement.

16 **E : D'accord. Et donc votre dernière formation elle remonte à quand ?**

17 AS1 : Donc c'était l'année dernière, en 2015.

18 **E : D'accord. Super. Maintenant je vais vous demandez comment est-ce que vous définissez le niveau d'aide que vous**  
19 **devez apporter aux résidents lors des transferts ?**

20 AS1 : Le niveau de pardon ?

21 **E : Le niveau d'aide qui est nécessaire aux résidents ?**

22 AS1 : Alors c'est à dire ?

23 **E : Heu c'est-à-dire que quand vous êtes en face d'un résident que vous ne connaissez pas bien, comment est-ce que vous**  
24 **choisissez la façon dont vous allez l'aider ?**

25 AS1 : Ah justement, avant même de procéder à un transfert, il faut que j'ai une bonne connaissance du résident donc il faut que  
26 je connaisse le degré d'autonomie du résident. Voilà est-ce que cette personne est capable de faire ou pas, si elle peut avoir de l'appui  
27 sur ses jambes ou non, au niveau des membres supérieurs aussi pareil. Donc je ne peux pas déplacer une personne si je ne la connais pas  
28 un minimum.

29 **E : D'accord.**

30 AS1 : Voilà, et après en fonction de l'autonomie de la personne, j'applique ce que j'ai appris en manutention. Du moins j'essaye  
31 de mettre en pratique en tout cas.

32 **E : D'accord. Et du coup toutes ces connaissances des capacités de la personne vous les savez comment ?**

33 AS1 : Ah ba ça moi je le fais dès l'arrivée de la personne, à partir du moment où la personne entre en maison de retraite. Voilà  
34 on a déjà un certain nombre d'informations qui nous sont communiquées, par rapport justement à l'autonomie de cette personne. Et puis  
35 après on découvre aussi au fur et à mesure de la prise en charge, au moment des soins d'hygiène le matin, au moment des déplacements,  
36 des transferts où on évalue. On a aussi beaucoup d'aide de la part de l'ergothérapeute qui nous aide aussi à évaluer l'autonomie de la  
37 personne, à évaluer ce qu'elle est capable de faire et pas capable de faire par rapport à justement tout ce qui est ergonomique. Et ensuite  
38 on travaille en collaboration avec (prénom de l'ergothérapeute) pour justement les déplacer, pour faire le transfert. A ce moment-là elle  
39 intervient pour nous dire quelle est la solution la mieux adaptée pour le transfert de la personne.

40 **E : D'accord, donc vous regardez surtout les capacités physiques de la personne ?**

41 AS1 : Ah oui beaucoup, beaucoup. C'est primordial. De façon justement à solliciter encore l'autonomie restante de la personne,  
42 Donc voilà tout ce qu'elle est capable de faire. Voilà si c'est juste lever un bras pour l'habillage, ba ma foi moi je lui demande de lever

43 son bras, je ne le fais pas à sa place. Tout ce que la personne est encore en capacité de faire, je me dois de respecter ça. Après les  
44 gestes de manutention ils interviennent justement quand la personne n'est plus en capacité de faire. Alors à ce moment-là, c'est moi qui  
45 adopte les bonnes postures de façon à ne pas faire mal à la personne et de ne pas me faire mal moi non plus.

46 **E : D'accord. Et est-ce que vous regardez aussi leurs capacités cognitives ?**

47 AS1 : Oui aussi. Oui oui ça peut intervenir. On peut prendre ça aussi en compte bien sûr. Une personne qui n'a pas toutes ces  
48 facultés cognitives, il y a des choses que je ne pourrais pas, enfin je ne pourrais pas lui demander de participer si vous voulez. Il y a des  
49 choses qu'elle ne pourra pas faire, qu'elle ne sera pas en capacité de comprendre. A ce moment je vais beaucoup faire à sa place mais  
50 toujours en utilisant les bonnes postures.

51 **E : D'accord. Et du coup sur quels documents vous vous basez pour connaître toutes ces capacités ?**

52 AS1 : Ba les documents on n'en a pas heu forcément. Chaque soignant heu, bon avec (prénom de l'ergothérapeute) quand on a  
53 des formations, des fois elle peut nous apporter de la documentation, voilà. Mais c'est beaucoup avec des choses qu'on a apprises sur le  
54 terrain, qu'on a mis en pratique lors de ces formations. Et puis après on a aussi l'ergothérapeute qui intervient beaucoup le matin, enfin  
55 beaucoup, au moins une fois par semaine. D'ailleurs je crois que c'est vraiment une fois par semaine, le matin au moment des soins  
56 d'entretien de la vie, donc des soins d'hygiène. Elle vient voir comment ça se passe au moment de la toilette, comment on mobilise la  
57 personne, comment améliorer, comment nous améliorer nous pour ne pas faire mal aux résidents, pour pas se faire mal à nous même.  
58 Elle intervient aussi le soir au moment des couchés, justement pour nous aider à trouver les bonnes postures. C'est plus de la pratique  
59 que de la documentation.

60 **E : D'accord. Mais quand la personne arrive, il n'y a pas un document qui explique toutes heu...**

61 AS1 : Les documents, alors (Prénom de l'ergothérapeute) utilise beaucoup de document, si vous voulez c'est plus heu des pense-  
62 bêtes comme on peut dire. Alors par exemple heu, au moment du coucher du résident, savoir s'il y a des mousses, des handipodes, ces  
63 choses-là. Alors on a un petit schéma qui est placé au pied du lit de la personne, pour nous donner des indications. Voilà telle personne  
64 a besoin d'un handipode le soir au moment du coucher et puis c'est tout représenté par un petit dessin pour aider les soignants à adapter  
65 les bonnes pratiques.

66 **E : D'accord. Donc elle fait une évaluation en fait peut-être seule ou avec un aide-soignant et heu...**

67 AS1 : Elle fait une évaluation seule. Elle peut faire une évaluation aussi avec un aide-soignant voilà. Après c'est à nous aussi de  
68 la solliciter quand on voit que la personne a perdu son autonomie. Voilà quand elle n'est plus en capacité de faire certaines choses, et si  
69 on sent que la personne ressent des difficultés ou alors que nous aussi on ressent quelques difficultés que ce soit, à ce moment-là on fait  
70 intervenir (Prénom de l'ergothérapeute) pour réévaluer. On est toujours de toute façon dans la réévaluation hein !

71 **E : Ok. Et du coup cette manière de vous transmettre les informations sur le résident vous convient ?**

72 AS1 : A ba jusqu'à maintenant oui. Oui. Après ce genre de décisions là sont prises avec l'ergothérapeute, mais c'est décider en  
73 staff, lors de réunion de staff, en présence du docteur, le médecin coordinateur de la maison, en présence du cadre de santé, en présence  
74 d'une infirmière de secteur, d'une aide-soignante. Voyez c'est quand même des décisions qui sont bien prises en équipe.

75 **E : Donc c'est des décisions par rapport à comment va se dérouler le transfert c'est ça ?**

76 AS1 : Voilà. Enfin c'est plus (Prénom de l'ergothérapeute) qui donne, voilà elle va venir évaluer la capacité, le degré d'autonomie  
77 de la personne. Chez certaines personnes par exemple, elle va dire « au niveau de l'autonomie cette personne n'a plus du tout d'appui  
78 sur ces jambes, elle n'est plus en capacité de faire quoi que ce soit ». Alors elle va décider, elle va dire voilà « pour moi, la bonne pratique  
79 pour faire les transferts de cette personne c'est d'utiliser le moteur, le lève-malade », voilà qu'il y ait un appareil adapté. Elle va en faire  
80 la proposition au staff et à ce moment-là on valide. Voilà c'est comme ça que ça se passe en général. Donc (Prénom de l'ergothérapeute)  
81 vient faire une première évaluation, elle propose une solution, si on peut dire ainsi. On en parle en staff et puis à ce moment-là, la solution  
82 est validée pour savoir si on couche la personne à l'aide du moteur ou si on continue à faire les transferts par nous-même.

83 **E : D'accord. Donc heu, je vais maintenant vous posez quelques questions sur le contexte, l'environnement dans lequel se**  
84 **réalise les manutentions dans votre établissement.**

85 AS1 : Oui.

86 **E : Du coup en une matinée, vous réalisez combien de manutention ?**

87 AS1 : Pour un seul résident ?

88 **E : Non en une matinée pour un seul aide-soignant.**

89 AS1 : Oh là là, je ne sais pas si j'arriverai à vous quantifier ça. Heu je ne sais pas, beaucoup.

90 **E : Beaucoup. C'est-à-dire plus de 10 ou moins de 10 ?**

91 AS1 : Oh franchement moi j'ai envie de dire plus de 10 hein. Après voilà tous les jours ne se ressemblent pas non plus hein. Mais  
92 en général moi je dirais plus de 10.

- 93 **E : D'accord. Ah oui ça fait beaucoup. Et du coup ces manutentions elles ont lieu un peu dans tous les lieux de**  
94 **l'établissement finalement ?**
- 95 AS1 : Oui voilà, tout à fait, quel que soit l'endroit où se trouve les résidents.
- 96 **E : D'accord. Vous les réalisez seule ou en équipe ?**
- 97 AS1 : Ba ça dépend, tout tourne autour du résident. Ça dépend je vous dis du degré d'autonomie de la personne. Il y a des gestes  
98 de manutention que je vais pouvoir faire seule, il y en a d'autres que je vais devoir faire avec une collègue.
- 99 **E : Ok. D'accord. Et vous utilisez quel matériel pour ces manutentions ?**
- 100 AS1 : Alors le matériel, ba on a les moteurs. Donc je crois que toutes les chambres de l'établissement sont équipées de rail. On a  
101 une dizaine de moteurs pour utiliser. Donc avec ça ba on a tout ce qui est filet pour lever les personnes, on aussi 2 lèves-malades. On a  
102 des verticalisateurs, des draps de glissements. On a ce qu'on appelle le disque aussi, le «Turner», voilà. Heu c'est déjà pas mal. Non  
103 franchement en terme de manutention, l'établissement est très bien équipé.
- 104 **E : D'accord. Et du coup est-ce que vous pensez que l'environnement dans lequel ont lieu les manutentions ça peut limiter**  
105 **la participation des résidents lors des transferts ?**
- 106 AS1 : Ba justement, on essaye, c'est pour ça que (prénom de l'ergothérapeute) intervient beaucoup et évalue et réévalue beaucoup  
107 j'ai envie de dire. Justement c'est pour ne pas empiéter sur l'autonomie de la personne. On essaye de la préserver au maximum. Tout ce  
108 que la personne est capable de faire seule, voilà comme je vous disais, si ce n'est que juste lever un bras, et bien c'est une autonomie  
109 qu'on gardera le plus longtemps possible. Donc nous on intervient vraiment quand la personne ne peut plus faire, n'est plus en capacité  
110 de faire.
- 111 **E : D'accord.**
- 112 AS1 : Voilà bon après c'est sûr que laisser faire la personne ça demande du temps. Voilà il faut nous, soignant, faire cet effort-là  
113 de laisser le temps à la personne, enfin d'éviter de faire à sa place tout simplement.
- 114 **E : Donc le temps laissé à la personne ça peut limiter sa participation selon vous, s'il est trop court.**
- 115 AS1 : A ba si on ne laisse pas le temps à la personne, effectivement on empiète sur son autonomie, ça c'est forcé. Voilà pour  
116 préserver au maximum l'autonomie, je pense que le facteur temps est très important.
- 117 **E : D'accord, et est-ce qu'il y a d'autres éléments qui pourraient limiter sa participation ?**
- 118 AS1 : Ba le simple fait que le soignant fasse à la place. C'est tout. A partir du moment où on ne joue pas le jeu et où on ne préserve  
119 pas l'autonomie de la personne, et ba oui là heu c'est foutu pour foutu pour le résident là. Ça c'est sûr.
- 120 **E : D'accord. Heu du coup quand vous évaluez les capacités du résident à réaliser leur transfert est-ce que vous prenez**  
121 **en compte ces éléments que vous venez de me citer ? Donc le temps qui est consacré à la manutention, l'attitude des soignants.**
- 122 AS1 : Oui, oui oui. On essaye d'y tendre au maximum mais après voilà il y a peut-être des fois où il y a des failles mais en tous  
123 les cas on y tend le plus possible.
- 124 **E : D'accord. Et du coup quand certains éléments empêchent le résident de participer, quels sont le moyens dont vous**  
125 **disposez pour favoriser leur participation ?**
- 126 AS1 : Alors certains éléments, c'est-à-dire ? Alors déjà pour moi ce qui est important c'est déjà de bien expliquer à la personne  
127 ce qu'on va faire avant toute chose, ce qu'on attend de la personne. Si vous ne prévenez pas le résident forcément ça va être un frein. Il  
128 faut bien prendre le temps avant, d'expliquer au résident ce qu'on va faire. Je pense que c'est quelque chose de primordial pour que tout  
129 ce passe bien. Voilà ne pas prendre le résident par surprise si vous voulez.
- 130 **E : D'accord. Et vous dites que le temps c'est primordial pour que le résident participe, est-ce que vous disposez toujours**  
131 **d'assez de temps pour faire les manutentions ?**
- 132 AS1 : C'est ce que vous dis, on essaye d'y tendre. Après voilà, en général c'est comme ça que ça se passe. Tant qu'on peut laisser  
133 le temps à la personne, on fait comme ça.
- 134 **E : D'accord. Et si vraiment vous sentez que vous n'avez pas assez de temps, qu'est-ce que vous pouvez faire pour changer**  
135 **ça ?**
- 136 AS1 : Ba par exemple on a pas mal de résidents qui sont déments hein dans l'établissement, ou qui sont Alzheimer, voilà il y a  
137 beaucoup de résidents qui sont dans le refus, qui ne se laissent pas forcément faire, alors ce qu'on peut proposer nous quand on voit  
138 qu'un résident est réticent à se lever ou à faire un transfert, on peut le laisser et revenir un petit peu plus tard. On peut dire qu'à ce  
139 moment-là ce n'est pas le moment opportun pour lui et revenir un petit peu plus tard et peut-être qu'il sera un petit peu plus coopérant.
- 140 **E : D'accord donc c'est une réorganisation du temps de soin en fait.**

- 141 AS1 : Oui. Je me réorganise autrement voilà c'est exactement ça. Si je vois que ça me prend trop de temps parce que la personne  
142 refuse de participer ou n'a pas envie, je la laisse un petit moment, je vais m'occuper d'une autre personne puis je reviens la voir.
- 143 **E : D'accord. Et du coup quel intérêt vous voyez à systématiquement chercher la participation des résidents ?**
- 144 AS1 : A ba c'est plus facile, enfin d'abord c'est plus facile pour eux, on ne leur fait pas mal et puis on leur préserve leur autonomie.  
145 Et puis en même temps c'est un gain, c'est tout bénéfique pour nous aussi. On ne se fait pas mal, on adopte les bonnes postures voilà, et  
146 pour nous et pour le résident. En fait le résident y trouve son compte et le soignant aussi hein !
- 147 **E : Oui. Et donc vous m'avez parlé de patients déments, qui refusent le transfert en fait.**
- 148 AS1 : Oui il y en a oui.
- 149 **E : Est-ce qu'il y a d'autres raisons où le résident ne coopère pas, ne veut pas faire son transfert ?**
- 150 AS1 : Heu ba simplement parce qu'il en a pas envie, voilà. En général ça se passe bien quand on explique bien les choses. C'est  
151 un petit peu plus compliqué quand la démence est présente heu, et que le résident ne comprend pas les choses, mais en général ça se  
152 passe bien.
- 153 **E : D'accord, heu donc vous m'avez dit « on peut repasser plus tard pour faire le transfert », est-ce qu'il y a d'autres  
154 solutions ?**
- 155 AS1 : Ba écoutez je n'en vois pas d'autres. Après voilà on ne peut pas forcer quelqu'un qui n'a pas envie hein, de toute façon ça  
156 c'est certains hein.
- 157 **E : Hum hum. Donc vous m'avez dit que l'ergothérapeute intervenait auprès de vous, heu pour vous aider à réaliser et  
158 ajuster l'accompagnement. Heu j'aimerais savoir combien de fois environ vous avez bénéficié de son aide au quotidien ?**
- 159 AS1 : Ba c'est très aléatoire. En tous les cas, de sûr, elle intervient une fois par semaine au moment de soins. Elle est sur le terrain  
160 pour nous montrer les transferts les déplacements, les bonnes postures, après c'est à nous aussi de la solliciter les autres jours. Si on  
161 rencontre des difficultés par rapport à un transfert, ou une autonomie qui a diminué chez une personne, là on va la solliciter, et elle est  
162 toujours disponible. Il n'y a pas de soucis.
- 163 **E : D'accord. Donc vous avez travaillé avec elle de nombreuses fois en fait.**
- 164 AS1 : Oui on travaille beaucoup en collaboration avec elle ça c'est indéniable oui. En général elle nous trouve toujours la solution  
165 au petit problème hein, que ça soit un problème au niveau des transferts, que ce soit un problème ergonomique si il faut une mousse ou  
166 quelque chose. Voilà, elle arrive toujours à nous trouver une petite solution.
- 167 **E : D'accord. Donc elle intervient au quotidien et elle fait aussi des formations de temps en temps c'est ça ?**
- 168 AS1 : Oui c'est elle qui fait des formations en interne.
- 169 **E : Donc vous vous avez travaillé avec elle dans les 2 cas, en formation et aussi sur le terrain.**
- 170 AS1 : Oui tout à fait. Et je vous ai dit avant on n'avait pas d'ergothérapeute dans la maison hein. Ça ne fait que depuis 2012 qu'on  
171 a une ergothérapeute et avant c'était un intervenant extérieur qui venait faire des formations de manutention.
- 172 **E : D'accord et lui il avait quelle profession ?**
- 173 AS1 : Heu il me semble qu'il était kiné, enfin je ne suis pas certaine. Mais bon c'était quelqu'un qui était calé pour faire ces  
174 formations-là, qui avait l'habitude d'en donner et qui allait dans plusieurs établissements. C'était quelqu'un d'extérieur qui venait dans  
175 l'établissement, alors que maintenant ces formations elles se font en interne, avec notre ergothérapeute.
- 176 **E : D'accord, et donc le monsieur qui venait ne vous aidait pas du tout au quotidien en fait.**
- 177 AS1 : A non, non non. Non du tout. Il intervenait une fois par an mais rien de plus.
- 178 **E : D'accord.**
- 179 AS1 : Après c'était des formations qui étaient réactualisées au moins une fois tous les ans, de la même façon qu'on a au moins  
180 une fois par an la formation incendie. Là ce qui est intéressant chez nous, c'est qu'on a l'ergo présente dans la maison au quotidien. Elle  
181 est là tous les jours du lundi au vendredi donc on peut la solliciter n'importe quand. Quand on a besoin, elle répond présente.
- 182 **E : D'accord. Donc du coup elle vous donne quels types de conseils l'ergothérapeute pour favoriser la participation des  
183 résidents ?**
- 184 AS1 : Ba elle nous donne tous les conseils déjà pour nous, pour préserver notre dos, pour adopter les bonnes postures et puis  
185 après aussi des bons conseils pour les résidents. Voilà justement pour qu'on est moins de difficultés et que le résident ait moins de  
186 difficulté lui aussi à se déplacer, à faire ses transferts, et que chacun y trouve son compte.



- 187 **E : D'accord.**
- 188 AS1 : Nous, je vous dis c'est renouvelé à peu près tous les ans et puis il y a plusieurs stades aussi de formations. Alors elle a le  
189 premier stade, c'est les premiers gestes qu'elle nous montre. Après, l'année d'après c'est quelque chose d'un peu plus poussé et ainsi de  
190 suite. Après c'est vrai, les difficultés pour nous des fois c'est de se rappeler, alors des fois il y a des mouvements, il y a des choses qu'on  
191 ne retient pas, d'où l'intérêt de nous les rappeler à chaque formation tous les ans et même au quotidien. C'est toujours intéressant de  
192 revoir ce qu'on a déjà vu de façon à ce que les gestes deviennent instinctifs et qu'on est plus à réfléchir pour se dire, « Ah ba tiens  
193 comment je vais faire pour adopter la bonne posture ? ». Là où ça sera vraiment gagné c'est quand on arrivera à ne plus réfléchir et à le  
194 faire instinctivement.
- 195 **E : Oui ça gagne du temps en fait, et de l'énergie.**
- 196 AS1 : Voilà, parce que moi je vous avoue que par moment, je me dis « Ou là alors comment je vais faire pour ? » J'oublie voilà  
197 un peu ce qu'on m'a montré et c'est vrai que je réfléchis un petit peu avant de faire, alors que normalement ça devrait être instinctif de  
198 la même façon que quand on se lève, on se penche et voilà quoi.
- 199 **E : Ok. Du coup les conseils que l'ergothérapeute vous donne lors de ces interventions, vous les trouvez applicables et  
200 utiles au quotidien ?**
- 201 AS1 : Applicables oui, à condition de bien jouer le jeu, de ce dire on va essayer de respecter les règles de manutentions. Mais  
202 comme je vous dis là où c'est difficile c'est de faire et que ça devienne instinctif. Moi c'est là où je rencontre des difficultés alors que  
203 normalement je ne devrais pas avoir à réfléchir ça devrait venir instinctivement.
- 204 **E : Oui donc c'est là que son intervention auprès de vous au quotidien prend tout son sens en fait.**
- 205 AS1 Voilà .
- 206 **E : Ok. Et est-ce que vous auriez des suggestions à lui faire pour améliorer ces interventions auprès de vous ?**
- 207 AS1 : Heu non pas spécialement non. Ça va très bien comme ça déjà. Elle est très disponible. Elle nous montre vraiment les  
208 choses sur le terrain, donc comme on dit, il n'y a rien de mieux pour apprendre que d'être sur le terrain. Donc non c'est déjà bien comme  
209 ça.
- 210 **E : Ok. Et est-ce qu'il y a des limites à ce type d'interventions sur le terrain ?**
- 211 AS1 : Des limites ?
- 212 **E : Oui parce que là vous m'avez dit beaucoup d'avantage pour vous, est-ce que vous voyez aussi certains désavantages,  
213 certaines choses qui vous dérange ?**
- 214 AS1 : Les inconvénients vous-voulez dire ? Les inconvénients à ce qu'on applique la manutention ?
- 215 **E : Non plutôt au fait que l'ergothérapeute intervienne au quotidien auprès de vous ?**
- 216 AS1 : Ba écoutez non, moi je trouve que c'est un plus. On en a tous et toutes conscience que c'est un plus de l'avoir avec nous  
217 hein.
- 218 **E : D'accord. Et au niveau de l'organisation de ces interventions ?**
- 219 AS1 : Ba justement elle s'adapte et c'est parfait. Quand on rencontre une difficulté on lui en fait part le jour même. Le lendemain  
220 elle essaye de mettre en pratique ce pourquoi elle a..., après je vous dis on valide toujours au staff même si elle peut empiéter un peu de  
221 staff, les staffs ont lieu une fois par semaine. Après quand c'est des grandes décisions à prendre, on n'attend pas le prochain staff pour  
222 valider. On en discute entre nous, on fait l'essai et puis si on voit que tout se passe bien, ba ça se passe comme ça.
- 223 **E : D'accord. Et du coup votre manière d'accompagner les résidents lors des transferts heu, est-ce qu'elle a changé depuis  
224 que vous travaillez avec l'ergothérapeute ?**
- 225 AS1 : A ba c'est certain ! Oh oui, beaucoup. Je vous avoue qu'avant moi les bonnes pratiques de manutentions c'étaient..., déjà  
226 je ne les connaissais pas. En plus, donc on avait des formations mais, je vous ai dit, c'était une fois par an si mes souvenirs sont bons, et  
227 encore si ce n'était pas une fois tous les 2 ans. Maintenant on a cette chance d'avoir quelqu'un sur le terrain constamment.
- 228 **E : D'accord.**
- 229 AS1 : Donc après forcément, de ce que vous apprenez en formation, il y a des choses que vous reprenez et puis il y en a d'autres  
230 qui passent à l'as. Et là ce qui est bien, c'est qu'on a tout le temps quelqu'un pour, même si on a un petit trou, même si on a des  
231 difficultés, on sait qu'elle est là, qu'on peut faire appel à elle n'importe quand. Et puis qu'elle peut réajuster, nous redire les choses, elle  
232 peut nous remontrer encore une fois. C'est l'avantage. Donc je suis sûre que ma façon de travailler à changer hein.
- 233 **E : C'est surtout les gestes que vous employez qui ont changé c'est ça ?**

234 AS1 : C'est surtout les gestes. Voilà avant on ne tendait pas trop à préserver l'autonomie peut-être, maintenant c'est vrai que on  
235 sait bien, on a bien pris compte que c'était vraiment important, que même si c'était minime et ba il fallait la laisser au résident.

236 **E : D'accord. Et est-ce que du coup cette façon de percevoir cette partie de votre travail a changé depuis son intervention**  
237 **?**

238 AS1 : Ba ce n'est pas qu'elle a changé. J'ai toujours travaillé dans cette optique-là, c'est ce qu'on apprend à l'école d'aide-  
239 soignante de préserver au maximum l'autonomie, que ça soit pour les transferts ou autres hein. On doit toujours laisser la personne le  
240 temps de faire ce qu'elle peut faire par elle-même et ne pas faire à sa place. Ce qu'il y a c'est que ça m'a juste heu, ça m'a ouvert des  
241 portes et ça m'a donné des outils justement pour continuer dans ce sens-là pour les transferts.

242 **E : Ça doit apporter une certaine satisfaction de pouvoir le faire ?**

243 AS1 : A ba ça c'est certain oui.

244 **E : Ok. Et heu bon, dans le cadre de mon mémoire j'ai dû faire des recherches théoriques, bibliographiques, et j'ai trouvé**  
245 **que certains critères fondamentaux doivent être respectés pour qu'une manutention soit de qualité. Et donc c'est notamment**  
246 **que la manutention doit s'effectuer de manière efficace, préserver la santé et la sécurité du résident mais aussi celles du soignant.**

247 AS1 : Oui.

248 **E : Voilà. Et donc j'aimerais savoir si vous pensez que depuis que vous travaillez avec l'ergothérapeute, ça vous permet**  
249 **de répondre plus facilement à ces critères ?**

250 AS1 : Tout à fait. Tout à fait, au niveau sécurité, voilà pour le résident, c'est sûr que c'est plus sécurisant d'employer les gestes  
251 et bonnes postures. Et puis moi aussi je me sens quand même mieux, par rapport à mon dos, à pleins d'autres choses, voilà je prends  
252 soin de moi. Je prends davantage soin de moi que je ne le faisais avant.

253 **E : D'accord.**

254 AS1 : Pour apporter, pour prendre soin d'une personne, il faut déjà commencer par savoir prendre soin de soi. Voilà ça commence  
255 par là.

256 **E : D'accord. Et au niveau de l'efficacité, vous vous sentez plus efficace maintenant ?**

257 AS1 : Oui, oui je me sens plus efficace mais je ne vous cache pas que j'ai sans cesse besoin d'apprendre. Comme on dit on n'a  
258 jamais fini d'apprendre hein. C'est important de revoir, revoir et encore revoir. Là où se sera vraiment gagné c'est quand je n'aurai plus  
259 besoin de réfléchir, mais là moi j'ai encore besoin, pourtant ça fait 11 ans que je suis aide-soignante, mais j'ai encore besoin  
260 d'accompagnement de ce côté-là et je trouve que c'est important tant pour le résident que pour le soignant.

261 **E : D'accord. Bon ba je vous remercie. L'entretien touche à sa fin.**

262 AS1 : Ba j'espère que j'ai répondu à vos attentes.

263 **E : Ah oui oui c'était super. Et vous avez peut-être des éléments à me dire en plus qu'on n'a pas abordés dans l'entretien ?**

264 AS1 : Heu non la seule chose, que voilà, je tiens à vous souligner, c'est que vraiment c'est une chance d'avoir une ergothérapeute  
265 dans la maison. Parce que moi j'ai connu le avant et je connais le maintenant. Donc avant on n'en avait pas, je pense qu'il y a beaucoup  
266 d'établissement qui n'ont pas cette chance là. Nous aujourd'hui on a cette chance là et c'est, c'est vraiment intéressant, pour les résidents  
267 comme pour nous hein.

268 **AS1 : D'accord. Et bien merci beaucoup pour vos réponses.**

## ANNEXE XI : Retranscription entretien avec AS2

- 1 **E : Depuis quand est-ce que vous travaillez en EHPAD ?**
- 2 AS2 : Alors en EHPAD on dire que j'ai une dizaine d'années à peu près, puisque j'étais en EHPAD et puis j'ai changé et puis je  
3 suis revenue. On va dire que ça fait à peu près 10 ans.
- 4 **E : D'accord. Est-ce que vous avez reçu une ou des formations concernant la manutention ?**
- 5 AS2 : Oui.
- 6 **E : Oui. Lesquelles du coup ?**
- 7 AS2 : Heu ba je ne sais pas comment ça s'appelle mais c'est avec des personnes qualifiées, des kinés heu voilà, qui nous ont  
8 expliqué comment faire pour les transferts.
- 9 **E : D'accord. Et du coup c'étaient des formations continues, c'était en dehors des études ?**
- 10 AS2 : Voilà en dehors des études. En général, qui sont prises en charge par l'établissement où j'ai travaillé.
- 11 **E : D'accord. Et vous avez eu combien de formation de ce type ?**
- 12 AS2 : Oh plusieurs hein. En général c'est sur un jour mais voilà on va dire peut-être que j'en ai eu 5-6 depuis que je suis en  
13 EHPAD, voilà qui rappelle à peu près toujours les mêmes heu. Comment se baisser, comment les relever, les installer, les relever quand  
14 ils sont au sol sans se faire mal ? Heu voilà ça regroupe un peu tous les...
- 15 **E : D'accord. Donc dans votre formation initiale, vous n'avez pas eu de formation sur la manutention ?**
- 16 AS2 : Ah non non non, j'en ai pas eu quand j'ai passé mon diplôme d'aide-soignante. Par contre j'en ai eu une quand j'ai fait la  
17 formation d'ASG, assistant de soin en gérontologie. Là nous avons eu une journée avec un ergo, qui nous a fait de la manutention hein  
18 voilà.
- 19 **E : D'accord. Donc c'est une formation que vous avez fait en plus de votre formation d'aide-soignante, c'est ça ?**
- 20 AS2 : Voilà. C'est une spécialité en gérontologie.
- 21 **E : Ok. Et du coup à quand remonte votre dernière formation sur la manutention ?**
- 22 AS2 : Alors elle remonte à décembre.
- 23 **E : Ok. Donc maintenant je vais vous poser plus des questions par rapport à comment vous évaluez l'aptitude des résidents  
24 à faire leur transfert. Donc j'aimerais savoir comment vous définissez le niveau d'aide que vous devez apporter au résident lors  
25 des transferts ?**
- 26 AS2 : Alors comment je le définis ? Donc pour avoir fait la formation ASG, donc ba on va évaluer heu, je vais d'abord voir toutes  
27 ses capacités qui lui restent, tout ce qu'il est capable de faire. Donc déjà quand une personne arrive dans notre service, on va voir déjà  
28 toutes les informations possibles. Et puis la première fois, quand on n'a pas beaucoup de renseignement, on va travailler à 2 pour essayer  
29 de lui laisser le plus de possibilités de faire. En étant juste à côté et voyant exactement ce qu'il peut faire et ce qu'il ne peut pas faire. Et  
30 puis à partir de là, on va rapporter ce qu'on a constaté et heu avec l'aide de l'ergo, du kiné et des infirmières, on va voir ce qu'on peut  
31 mettre en place.
- 32 **E : D'accord. Donc quand vous dites que vous êtes à 2, c'est 2 aides-soignants ?**
- 33 AS2 : Oui, en général pour une première fois, donc c'est que c'est une personne qui pose problème hein, si c'est une personne  
34 qui marche heu non, mais quand c'est une personne pour qui on ne sait pas trop si il peut tenir debout, s'il peut faire un transfert, quand  
35 on doute on se met à 2. Le fait de se mettre à 2, ça nous permet de lui laisser plus de chance pour faire tout seul, un peu de sécurité. Pour  
36 une première fois, seul c'est risqué parce qu'on ne sait pas ce qui nous attend.
- 37 **E : Oui c'est sûr.**
- 38 AS2 : Voilà pour ne pas prendre de risque et pour se mettre à l'aise et en même temps lui permettre à lui d'être à l'aise et de voilà.  
39 On se met à 2, une de chaque côté et en on le laisse faire et on voit tout ce qu'il peut faire.
- 40 **E : Et vous regardez quelles capacités du résident en fait ?**
- 41 AS2 : Et ba toutes ses capacités, du début jusqu'à la fin, c'est-à-dire, on va voir s'il est capable de se lever du lit, s'il est capable  
42 de se mettre debout, de faire son transfert du, enfin tout dépend le cas hein, si c'est une personne qui peut se déplacer, si c'est une  
43 personne qui va directement sur une chaise-pot roulante, bon pour chaque cas on va voir exactement jusqu'où il peut aller.

44 **E : Ok. Et quand vous avez un nouveau résident qui arrive dans l'EHPAD, vous avez peut-être des documents de référence**  
45 **qui notent un peu tout ça ?**

46 AS2 : C'est ça. Nous pour la première fois, donc on va nous dire exactement, enfin exactement, en général c'est le peu de  
47 renseignement qu'on a hein. Parce que bon quand ils arrivent chez nous, bon on a quelques renseignements, « il tient debout », et puis  
48 souvent on s'aperçoit que ce n'est pas tout à fait ça. Des fois c'est mieux que ce qu'on nous avait dit et des fois c'est pire. Et puis voilà,  
49 des fois le fait d'arriver ici, ils sont complètement paumés donc heu, avec l'angoisse, tout ça, ça aggrave un peu. Donc nous quand on  
50 arrive, on va voir ce qui a été dit, on écoute ce qu'on nous dit et puis après on va sur le terrain et on voit exactement ce qu'il va bien.  
51 Voilà nous on évalue comme ça. Donc c'est exactement ce qu'on nous apprend à l'école, et c'est ce qu'on fait, parce qu'il n'y a pas  
52 d'autre façon de faire, c'est comme ça il faut leur laisser le temps. Et nous notre intérêt c'est justement qu'il en fasse le plus possible.  
53 Plus ils en feront et moins on en fera.

54 **E : Ok. Et du coup vous les mettez en situation mais est-ce que vous avez des outils d'évaluations, des choses un peu**  
55 **particulières pour observer ?**

56 AS2 : Oui alors bien sûr il y a l'ergo qui va évaluer à la toilette. Ça c'est l'ergo qui le fait hein. Et puis nous après, en fonction de  
57 tout ce qui s'est passé, moi je vais voir l'ergo, bon je lui raconte ce qui s'est passé, comment s'est passé la toilette, et tout ce qu'il peut  
58 mettre en place lui derrière. Donc lui en général, il va faire une toilette aussi et puis on mettra tout ce qu'il faut en place hein, si il faut  
59 des aides-techniques pour maintenir tout ça ou améliorer...

60 **E : D'accord. Et du coup le niveau d'aide que vous apportez à chaque résident, c'est quelque chose qui est évalué**  
61 **systématiquement et assez régulièrement dans l'EHPAD ?**

62 AS2 : Ah oui systématiquement oui. Dès qu'un résident arrive, c'est évalué et on met tout ce qu'il faut en place. C'est-à-dire s'il  
63 faut une potence, des barrières, s'il faut, je ne sais pas hein, des couverts, une télécommande plus grosse. Donc on s'occupe de tout hein,  
64 c'est évalué assez rapidement pour tout mettre en place. Et ensuite si il y a une dégradation ou une amélioration, et bien en fonction on  
65 modifie. Voilà donc moi je mets mes « trans » ou alors je vois l'ergo directement et on se met d'accord. Là je te donne l'exemple, j'ai  
66 une personne qui a un déambulateur-fauteuil, qui fait les 2. C'est une personne qui marchait encore un peu et là je me rends compte que  
67 depuis, bon on a laissé quand même du temps, elle ne marche plus. Donc là j'ai fait une « trans » pour notre ergo en lui disant que bon  
68 son fauteuil il pourrait peut-être servir à quelqu'un d'autre et que pour cette personne-là, on a beau essayer, ça fait déjà bien un bon mois  
69 qu'on essaye, et que non elle ne marche plus quoi. Donc voir si le fauteuil peut être utilisé par quelqu'un d'autre et lui mettre un bon  
70 fauteuil heu, voilà.

71 **E : Ok. Donc l'ergo, il vient en fait heu, lors des toilettes et il vous aide s'il y a des difficultés pour évaluer les transferts.**

72 AS2 : Bien sûr, il est très très disponible, il est là tous les jours sauf le weekend. Oui oui oui exactement, si on a besoin de lui  
73 pour les toilettes heu, pour tout. Il nous explique tout, on travaille vraiment ensemble et vraiment ça nous aide beaucoup hein.

74 **E : Ca vous aide à quel niveau du coup ?**

75 AS2 : Heu à quel niveau ? Ba à tous les niveaux, les installations, que ce soit au fauteuil ou au lit, heu pour tout, pour tout.

76 **E : D'accord. Et quand il a fait une évaluation heu, par exemple de toilette, et qu'il a vu des difficultés pour les transferts,**  
77 **comment est-ce qu'il vous transmet son « diagnostic » en quelque sorte ?**

78 AS2 : Alors nous quand on a une difficulté, quand on ne sait pas comment faire, et bin on se donne rendez-vous le lendemain et  
79 puis « ba demain tu vas me dire quelle est ta difficulté et on va faire ensemble, et je vais te montrer comment tu peux faire ». Alors des  
80 fois il me donne une solution, des fois 2, des fois 3, voilà « tu choisis celle que préfères ».

81 **E : Ok. Et ça vous aide beaucoup vous m'avez dit.**

82 AS2 : Ah oui ça nous aide beaucoup. Heu le matériel c'est pareil hein, je veux dire tout ce qu'on a besoin, on passe par lui et c'est  
83 lui qui, voilà.

84 **E : D'accord. Et là manière dont il vous donne des informations sur le résident, ou des conseils vous semble efficace ?**

85 AS2 : Ba oui ça nous semble efficace. Ba oui parce que du coup, bon pour avoir fait la formation d'ASG, heu déjà nous en tant  
86 que soignant, à la base, tout ce qui est troubles cognitifs, au début moi je connaissais pas trop quoi hein. Je connaissais la maladie  
87 d'Alzheimer, heu toutes ces maladies apparentés mais sans plus. C'est sûr qu'après avoir fait la formation d'ASG, où là on approfondie  
88 tous les troubles de la mémoire, et voilà quand on sait toutes les parties touchées, heu les gestes, ne plus se rappeler d'un objet, de  
89 comment il s'appelle, vous voyez ?

90 **E : Hum.**

91 AS2 : Tout ça, ça aide à comprendre pourquoi ça se passe comme ça et comment les aider. Et ça notre ergo il nous l'explique. Il  
92 nous l'explique à chaque fois hein.

93 **E : Ok. Et donc maintenant je vais aborder des questions plus sur le contexte, l'environnement dans lequel se réalise les**  
94 **manutentions des résidents dans votre établissements.**

95 AS2 : Hum hum.

- 96 **E : Donc j'aimerais savoir, en une matinée vous réalisez combien de manutention par aides-soignants environ ?**
- 97 AS2 : Heu tout dépend par ce que ça change hein, on va dire une dizaine dans la matinée mais bon après ça recommence dans la  
98 journée parce qu'il a des personnes qu'on recouche, les changes, après les siestes. C'est difficile de donner un chiffre.
- 99 **E : D'accord. Et donc vous réalisez les manutentions seule ou en équipe en général ?**
- 100 AS2 : Non en équipe toujours. On fait comme on le sent, parce que quelque fois voilà, c'est cas par cas. Il y a des personnes avec  
101 qui, je vais y arriver parce que c'est une personne qui va vous aider, qui va prendre appui, avec tout ce qu'on nous appris justement, tout  
102 ce qui est manutention tout ça, où ça va très bien se passer le transfert, et là ba même si c'est une personne de forte corpulence, ça va  
103 très bien se passer. Et d'autres personnes au contraire qui peuvent être très menues mais qui vont être très très compliquées à lever. Ou  
104 parce que c'est des gens qui vont s'angoisser, qui vont être paniqués. Alors là on ne prend pas de risque, ni pour eux, ni pour nous. Voilà,  
105 on s'entraide, on travaille en équipe, on a des appareils pour travailler aussi. On n'a aucun souci avec ça, on a qu'à demander, il suffit  
106 de demander pour avoir ce qu'il faut. Donc voilà c'est vraiment au cas par cas.
- 107 **E : D'accord. Et quand vous dites en équipe, c'est avec forcément un autre aide-soignant ou ça peut être avec un autre  
108 professionnel ?**
- 109 AS2 : Heu non ça peut-être un autre professionnel. Si l'infirmière est en train de distribuer ces médicaments et qu'elle passe à ce  
110 moment-là, je ne vais pas aller appeler mon autre A-S. Si l'ergo passe par là, c'est l'ergo qui va m'aider.
- 111 **E : Ok. Et est-ce vous utilisez du matériel pour faire ces manutentions ?**
- 112 AS2 : Bien-sûr on a le lève-malade. Mais moi en ce moment je n'en ai pas à l'étage parce que les transferts se passent bien. Voilà  
113 on s'en sert vraiment pour les personnes, quand on sait que ça ne va pas aller, et pour eux et pour nous hein.
- 114 **E : Ok. Donc uniquement le lève-malade, vous n'avez pas d'autres accessoires de transferts ?**
- 115 AS2 : Non c'est tout.
- 116 **E : Ok. Donc maintenant j'aimerais savoir si vous pensez que le contexte, l'environnement dans lequel ont lieu les  
117 manutentions, ça peut limiter la participation des résidents lors des transferts ?**
- 118 AS2 : Je n'ai pas compris, excuses-moi.
- 119 **E : Alors j'aimerais savoir si vous pensez que le contexte dans lequel ont lieu les manutentions, ça peut limiter leur  
120 participation lors des transferts.**
- 121 AS2 : Ah. Heuuu, ba la plupart ont lieu en chambre hein, après il y en a certains qui se font en salle à manger. Tu veux dire que  
122 peut-être, aux yeux de tout le monde c'est ça ?
- 123 **E : Heu en fait le contexte en général, tout ce qui est l'environnement matériel dans lequel se passe les manutentions et  
124 puis mêmes les aspects sociaux heu, enfin tout ce qui peut entourer la manutention. Est-ce qu'il y a des choses qui peuvent limiter  
125 la participation des résidents ? Je ne sais si je suis très claire ?**
- 126 AS2 : Non je ne comprends pas bien. Qu'est-ce que c'est qui pourrait limiter ? Qu'est-ce que tu m'as donné comme exemple ?
- 127 **E : Heu ba ça pourrait être heu par exemple une disposition d'une chaise ou d'une table qui n'est pas mise correctement.**
- 128 AS2 : Ah oui d'accord ! Je comprends mieux ? Excuse-moi. Oui oui oui bien sûr parce que, je vais te dire une chose, quand on a  
129 des pièces qui sont petites, on en a quelques-unes, ou alors qui ne sont pas petites, mais comme on a beaucoup de matériel dans la  
130 chambre, plus le gros fauteuil, tout de suite on ne peut plus bouger. Donc si nous on est pas bien pour travailler et qu'on a d'un coup ce  
131 stress qui monte, parce ce qu'on est gêné, heu le résident de toute façon il le ressent hein. Et là on pousse, on essaye de faire de la place,  
132 on s'énerve, c'est normal, surtout le matin parce que bon on a beaucoup de travail. On s'énerve et c'est sûr que ça peut compliquer les  
133 transferts. C'est ce que tu veux dire ?
- 134 **E : Oui. Ba ça c'est un exemple de ce qui pourrait limiter la participation du résident mais peut-être qu'il y a d'autres  
135 éléments heu**
- 136 AS2 : Oui la participation, ba ce qui pourrait limiter la participation c'est qu'on ne le mette pas en confiance. Bien-sûr s'il n'est  
137 pas en confiance, ça peut limiter. Heu notre stress à nous quand voilà on a des pièces où c'est trop petits, et peut-être je ne sais pas, quand  
138 c'est à la vue d'autres personnes, quand ils sont au restaurant à la vue de tout le monde, ça peut peut-être les gêner.
- 139 **E : D'accord. Et du coup quand vous cherchez à connaître les capacités des résidents est-ce que vous prenez en compte  
140 ces différents facteurs qui pourraient limiter leur participation ?**
- 141 AS2 : Ba bien sûr, ah ba oui justement. Tu veux dire par rapport aux troubles de la mémoire c'est ça ?
- 142 **E : Heu ba ça du coup heu, non je pensais plus à ce qui est extérieur au résident. Quand vous me dites un environnement  
143 qui est gênant ou même un soignant qui ne met pas assez en confiance.**

- 144 AS2 : Alors repose-moi ta question s'il te plait ?
- 145 **E : Alors je voulais savoir si vous preniez en compte tous les éléments que vous m'aviez cité auparavant, donc le stress**  
146 **que peuvent induire les soignants, l'environnement, quand vous cherchez à connaître les capacités des résidents lors des**  
147 **transferts ?**
- 148 AS2 : Ah ba bien-sûr, ah ba oui c'est normal. Avant de savoir toutes ses capacités, justement, on va tout faire pour essayer que  
149 ça se passe le mieux possible. Donc heu oui ça peut le gêner bien-sûr, surtout au début. Au début on ne le connaît pas trop encore, donc  
150 avant de savoir exactement de quoi il a besoin, c'est sûr que ça va surement gêner au début. C'est petit à petit qu'on va pouvoir faire en  
151 sorte que cette pièce-là devienne heu, devienne la sienne hein, avec tout le confort qu'il lui faut. Donc souvent, déjà dans un premier  
152 temps, on libère les pièces, quand on s'y prend correctement je veux dire. On fait de la place avant de commencer.
- 153 **E : D'accord.**
- 154 AS2 : Chose qu'on ne fait pas souvent mais qu'on y pense, voilà on pousse tout, on se fait de la place avant de commencer. On  
155 organise l'environnement avant même de, voilà.
- 156 **E : D'accord. Donc c'est quand vous y pensez en fait.**
- 157 AS2 : Oui parce qu'on n'agit pas toujours comme ça. Il y a des fois où je rentre dans une chambre, où avant de commencer, je  
158 prépare mon environnement. Alors est-ce que je le fais souvent avec les personnes que je sais que ça va être compliqué heu ? Heu  
159 quelques fois je ne le fais pas parce que ce n'est pas nécessaire aussi mais c'est vrai que quelque fois bin je fais ça. Je libère tout, je  
160 pousse tout, je mets tout en place comme il faut pour le bon déroulement de la toilette.
- 161 **E : D'accord. Et du coup quand heu, vous m'avez parlé du fait que les soignants pouvaient stressés aussi le résident.**
- 162 AS2 : Ah oui bien-sûr.
- 163 **E : Qu'est-ce que vous pouvez faire du coup vous quand il y a une situation comme celle-ci ? Pour que le résident soit plus**  
164 **en confiance.**
- 165 AS2 : Ah ba justement, déjà savoir nous d'où est venu notre stress déjà, pour ne pas recommencer la même chose la fois d'après.  
166 Et normalement si on sait d'où vient ce stress et bien on fait en sorte que la fois d'après ça ne se passe pas de la même manière, mais  
167 bon quelque fois ça nous arrive. Ça peut être avec un résident parce que, on ne sait pas pour quelle raison, et bin ça ne se passe pas bien,  
168 parce que c'est compliqué, parce que ça nous rappelle des choses. Bon on est 2 à l'étage donc ça peut être la collègue qui va s'en occuper  
169 hein. J'ai même une copine qui me dit qu'il y a une chambre qu'elle n'aime pas. Elle est tellement petite. Elle n'aime pas travailler  
170 dedans, ça lui fout un stress pas possible. Et bin du coup cette pièce-là c'est moi qui la prend.
- 171 **E : Ah d'accord. Vous échangez du coup.**
- 172 AS2 : Voilà. Parce que c'est vrai qu'on a des pièces qui sont très petites comparées à d'autres et on le sent parce que quand on  
173 travaille dans cette pièce on n'est pas bien, parce qu'on tape partout. Voilà, c'est savoir d'où est venu notre stress et veiller à faire en  
174 sorte de corriger ça pour ne pas que ça se reproduise. Et puis en général quand on s'est rendu compte qu'on a transmis son mal au  
175 résident, on fait un peu attention la prochaine fois pour que ça se passe différemment.
- 176 **E : D'accord.**
- 177 AS2 : Ou alors des fois on leur parle carrément hein, parce que ce n'est pas évident. Quand on est dans la chambre, en toilette, il  
178 n'y a pas vraiment de recette, donc des fois quand on est stressé, on ne sait pas pourquoi, on dit carrément aux résidents « Voilà c'est  
179 dur pour nous, on n'est pas bien, si vous pouviez nous aider un petit peu, on fait comme on peut, on fait au mieux ». On leur explique  
180 aussi parce qu'ils sont capables de comprendre. Et souvent, ils nous disent « on vous comprend, on sait, on voit, on se rend compte que  
181 c'est difficile ». Voilà.
- 182 **E : D'accord. Et en général du coup ça apaise un peu les résidents ?**
- 183 AS2 : Oui oui oui. Et puis on n'hésite pas s'il faut changer de résident. Voilà de toute façon on est en perpétuel heu, voilà on se  
184 corrige sans arrêt. Des erreurs on en fait toujours, on essaye de ne pas refaire les mêmes mais voilà depuis que je travaille la dedans, ça  
185 fait des années, voilà quoi c'est comme ça.
- 186 **E : Ok. Et heu est-ce que vous recherchez systématiquement la participation des résidents lors des manutentions ?**
- 187 AS2 : Systématiquement ? Non. Là aussi c'est du cas par cas. Il y a des personnes qui nous semblent capables et qui ne font pas,  
188 il y a des gens qui se donnent à fond, qui font le maximum, heu voilà après heu.
- 189 **E : Donc vous ne recherchez pas systématiquement la participation des résidents parce qu'il y a certaines personnes qui**  
190 **ne le font pas d'elles-mêmes, c'est ça ?**
- 191 AS2 : Il y a des personnes qui ne le font pas d'elles-mêmes hein, mais bon ça c'est tous les troubles neuro qu'ils ont hein. Il a des  
192 personnes qui à chaque étape, il va falloir leur dire, heu voilà « brossez-vous les dents », après, ba ils ne vont pas se rincer la bouche  
193 hein. Ils vont continuer à se brosser les dents donc il va falloir leur dire « Allez on pose la brosse à dent, maintenant rincez-vous la

- 194            bouche ». Ils vont se rincer la bouche. « Séchez-vous ». Voilà c'est eux qui font mais il va falloir à chaque fois leur dire de faire.  
195 En fait c'est le faire faire.
- 196            **E : Ok. Mais vous allez chercher quand même à faire participer au maximum les résidents lors des transferts ?**
- 197            AS2 : Ah mais c'est eux qui font hein ! Nous on n'est pas là pour heu, nous on va combler ce qu'ils n'arrivent pas à faire mais  
198 tout ce qu'ils peuvent faire, c'est eux qui le font, tous. Voilà même si une toilette n'est pas bien faite, heu c'est eux qui la font. C'est  
199 très très important. Je te donne un exemple, j'ai une résidente qui est capable encore de faire sa toilette et elle insiste pour la faire toute  
200 seule. Heu, elle n'est pas très bien faite sa toilette, parce que je l'ai vu faire, ce n'est pas tout à fait ça, mais c'est tellement important  
201 pour elle que je me suis mise d'accord avec elle. Alors un jour je la douche, et le lendemain c'est elle qui fait toute seule.
- 202            **E : Ok.**
- 203            AS2 : Voilà. Parce que c'est très important pour elle et je ne peux pas lui enlever ça.
- 204            **E : D'accord. Et plus par rapport aux transferts, quel intérêt vous voyez à les faire participer les résidents ?**
- 205            AS2 : Et bin pour conserver déjà leurs muscles. On prenant des appuis, en forçant sur les bras, les jambes, tous ces efforts qu'ils  
206 font ça continuent à les muscler. Et en plus je pense que de faire un transfert tout seul, de prendre par exemple, même avec beaucoup de  
207 mal, et de s'asseoir tout seul, c'est une chose, et de vous faire porter et de vous mettre sur un fauteuil, ça fait 2. Je pense que ça ne doit  
208 pas être vécu du tout de la même manière. Voilà donc même si pour nous ça ne semble rien de prendre la personne et hop de faire un  
209 transfert à 2 et de la mettre sur un fauteuil, mais je pense que aller s'asseoir tout seul et quand on vous assoit sur un fauteuil, c'est pas du  
210 tout la même chose pour le résident hein. C'est valorisant, c'est heu ouai.
- 211            **E : D'accord. Et est-ce que vous rencontrez parfois des difficultés pour que les résidents coopèrent lors des transferts ?**
- 212            AS2 : Oui, ça peut être une difficulté heu, ou parce qu'il a peur, ou parce que c'est quelqu'un qui ne répond pas et vous ne serez  
213 pas pourquoi il ne veut pas participer, ou ça peut être à cause de la douleur, ou voilà. Bien sûr qu'on rencontre des difficultés et dans ces  
214 cas-là malheureusement, il arrive un moment où, même si l'ergo est passé par là et nous a dit qu'il avait les capacités pour le faire tout  
215 seul, heu après là on ne peut rien faire. S'il refuse de le faire, à un moment donné on va être obligé de le faire à sa place. Oui ça ça arrive.
- 216            **E : D'accord. Et qu'est-ce que vous pourriez faire pour le faire participer davantage ?**
- 217            AS2 : C'est heu, ba c'est refaire des essais sans arrêt, c'est lui expliquer, lui parler, revenir sur le sujet régulièrement et essayer  
218 d'en parler, de voir aussi qu'est-ce que c'est qui bloque, heu de lui faire des propositions, de réessayer, de heu, comment est-ce qu'il  
219 voudrait lui essayer ? Peut-être qu'il veut essayer différemment. Tu vois ? Parce que des fois ça marche, on a des personnes qui ne  
220 veulent pas se lever et on essaye tout en fait hein. Et ba voilà on leur demande « est-ce que vous vous avez autre chose à nous proposer ? »  
221 par exemple, et des fois ils nous surprennent parce que des fois ils nous sortent autre chose. « Ah ba oui moi je voudrais bien mais plutôt  
222 comme ça ». Mais voilà les laisser s'exprimer et reposer, reposer plusieurs fois jusqu'à ce que peut-être il y ait un déclic.
- 223            **E : Ok. Donc c'est insister, reposer, être dans la relation avec le patient.**
- 224            AS2 : Oui oui la relation c'est très important de toute façon hein. Voilà il faut prendre le temps, il faut bien les connaître, il faut  
225 qu'ils aient vraiment confiance et à partir de là, quelque fois, ils sont vraiment prêts à vous écouter.
- 226            **E : Ok. Et il y a l'ergo qui intervient parfois après de vous pour vous aider à ajuster cet accompagnement des résidents  
227 lors des manutentions,**
- 228            AS2 : Oui.
- 229            **E : Heu combien de fois environ vous avez bénéficié de ce type d'intervention de l'ergothérapeute ?**
- 230            AS2 : Heu combien de fois l'ergo est venu m'aider ?
- 231            **E : Oui, pour les manutentions.**
- 232            AS2 : Ah mais je ne les compte pas. On ne les compte pas ici hein. L'ergo est là avec nous, il travaille avec nous, donc heu, je ne  
233 les compte pas.
- 234            **E : D'accord. Et donc c'est dans quelles circonstances ?**
- 235            AS2 : Ba c'est au quotidien, avec nous, que ça soit le matin au moment des transferts, pour les toilettes, que ça soit pour un  
236 change. Bon pas le coucher parce qu'il est parti en général, il finit vers 17heures, mais dans la matinée heu, je veux dire, voilà il a 4  
237 étages, et il est appelé de partout hein. Et voilà il vient toujours volontiers nous aider.
- 238            **E : D'accord, et est-ce qu'il vous apporte des conseils pour favoriser la participation des résidents ? Lors des manutentions**
- 239            AS2 : Oui bien-sûr. Ah ba bien-sûr. C'est ce que je te disais toute à l'heure. Oui, on va le voir et on voit ensemble. Quand moi je  
240 me suis rendue compte que ce n'était pas ça, donc je lui en parle et puis le lendemain il vient avec moi et je le regarde faire, et on voit  
241 lui ce qu'il arrive à tirer de heu, de plus que moi.

- 242 **E : D'accord. Il vous donne quoi comme conseil par exemple ?**
- 243 AS2 : Heu pff ça dépend, c'est toujours pareil hein. Dans les choses que moi je ne sais pas, lui en tant qu'ergo, heu voilà au niveau  
244 de la motricité, heu voilà comment se positionner, heu comment, heu pleins de choses il y a, pff.
- 245 **E : Quand vous dites la motricité c'est la motricité du soignant ou du... ?**
- 246 AS2 : Non non du résident.
- 247 **E : D'accord. Donc il vous apporte des conseils sur heu, comment mobiliser le résident heu ?**
- 248 AS2 : Oui oui. Par exemple si c'est une personne qui a eu un AVC, heu bon s'il est hémiplégique d'un côté, heu il va me dire  
249 attend (prénom de l'aide-soignante) peut-être que tu t'y es mal prise parce que tu n'étais pas du bon côté. Heu voilà, le bras qui fonctionne,  
250 de quel côté il doit attraper le fauteuil, l'accoudeur, le machin, le voilà. Et c'est très très important parce qu'une hémiplegie heu, j'ai une  
251 dame ici c'est une hémiplegie, elle est capable de se mettre au fauteuil toute seule juste avec une toute petite aide. Donc attraper le bon  
252 accoudeur, prendre appui sur l'accoudeur, se relever, et hop et voilà. Tout ça c'est tout l'ergo qui nous l'explique.
- 253 **E : Ok. Et vous m'avez parlé d'aide technique aussi toute à l'heure, il vous aide pour les aides techniques aussi ou pas ?**
- 254 AS2 : Heu les aides techniques, heu c'est-à-dire ?
- 255 **E : Heu ba pour, par exemple comment utiliser le lève-malade heu.**
- 256 AS2 : Oui bien-sûr, bien-sûr. Alors je te donne un exemple, on a eu un lève-malade tout neuf là qu'on a reçu il y a quelques mois,  
257 heu ba on a eu droit toutes à une petite formation de sa part. Voilà pour nous expliquer comment l'utiliser, avec des essais, heu voilà  
258 autant de fois qu'on voulait, jusqu'à ce qu'on est bien compris et encore aujourd'hui tout le matériel, tout ce qu'on a, il nous explique  
259 tout.
- 260 **E : D'accord.**
- 261 AS2 : On a rien à dire de ce côté-là franchement c'est top. Non mais c'est bien ça fait plaisir quand même hein.
- 262 **E : D'accord. Donc j'allais vous demandez si vous trouviez ces conseils applicables et utiles au quotidien, mais il me semble  
263 que vous déjà répondu.**
- 264 AS2 : Ah oui ba nous franchement, moi je l'ai dit parce que quand j'ai fait ma formation, heu les filles elles m'ont regardé, « mais  
265 d'où il sort ton ergo ? ». J'ai dit « non non mais les filles, c'est vrai que depuis qu'on a (prénom de l'ergothérapeute), ça nous aide  
266 beaucoup ». C'est vrai que ça nous aide beaucoup, et pour tout on s'embête plus, alors qu'avant c'était nous heu, là on qu'à transmettre.  
267 Alors quand il est là on a qu'à l'appeler, quand il n'est pas là on a qu'à mettre un mot sur le DRI, et puis voilà, derrière il fait ce qu'il  
268 faut.
- 269 **E : Qu'est-ce que c'est le DRI ?**
- 270 AS2 : Ah le DRI, c'est heu notre internet où on fait les transmissions.
- 271 **E : Ah d'accord.**
- 272 AS2 : Voilà donc c'est vraiment bien. Il a beaucoup de qualité parce voilà, on peut bien discuter, et puis il m'explique tout à  
273 chaque fois, c'est très bien. Et on en a bien besoin.
- 274 **E : Et ça vous a apporté quoi par rapport à quand il n'était pas là par exemple ?**
- 275 AS2 : Heu ba ça nous a facilité la vie. La prise en charge des résidents elle est 10 fois mieux. Donc, et pour nous et pour eux,  
276 parce que eux aussi ils sont gagnants hein. On les aide beaucoup plus parce que du coup avec un ergo, heu voilà. Et le fait d'avoir cet  
277 ergo, on va encore plus loin. On essaye de plus en plus de faire des choses, d'améliorer, parce que nous l'ergo, on savait sans savoir trop  
278 ce que c'était. Et là bon ba on découvre au fur et à mesure, on se rend compte de tout ce qu'on peut faire avec l'ergo, et bin du coup ba  
279 on fait beaucoup de choses hein.
- 280 **E : D'accord. Et est-ce que vous auriez des suggestions à lui faire heu, pour améliorer ses interventions auprès de vous ?**
- 281 AS2 : Non non non.
- 282 **E : Aucune ? Ok.**
- 283 AS2 : Ah non franchement. Tout va bien avec (prénom de l'ergothérapeute). Il est vraiment sérieux et heu voilà.
- 284 **E : Ok et qu'est-ce que vous apporte le fait qu'il soit là plus au quotidien, par rapport à des formations qui sont ponctuelles  
285 sur la manutention ?**



286 AS2 : Et bin qu'est-ce que ça nous apporte ? Ca nous apporte que, une formation on oublie vite hein. On oublie vite ce qu'on  
287 nous apprend, on ne retient pas tout hein. D'ailleurs c'est pour ça qu'on refait des formations hein. C'est comme la formation incendie,  
288 on la fait 2 fois par an et c'est pas pour rien hein, parce qu'on oublie la moitié des choses. Donc heu là, le fait de l'avoir là, ba c'est sans  
289 arrêt, heu voilà, je suppose que lui il doit se dire « je me rabâche sans arrêt », mais nous voilà on a besoin de ça. Je pense que oui il doit  
290 beaucoup répéter les mêmes choses. Là j'ai une personne qui vient d'être alitée depuis quelques jours, qui a un début d'escarre talon et  
291 sacrum, et puis elle a une insuffisance respiratoire donc elle est sous oxygène. Bon ça tombait mal parce qu'il y a eu le férié et (prénom  
292 de l'ergothérapeute) n'était pas là. Et donc je me suis dit « Ah ba c'est dommage, dommage que (prénom de l'ergothérapeute) ne soit  
293 pas là ». Voilà tout de suite ça nous manque parce que pour les installations aux lits j'ai besoin de lui. J'ai besoin de lui parce qu'il y a  
294 le sacrum, le talon, mais il y a aussi l'insuffisance respiratoire donc il faut quand même la relever. Heu donc là j'aurais vite fait appel à  
295 lui pour qu'il me trouve la position au lit. Voilà, sans compter tout le matériel qu'il nous faut à côté, parce que là il nous faut les coussins,  
296 il nous faut heu, voilà. Et là il n'y a que (prénom de l'ergothérapeute) qui peut m'aider ! C'est pas la psychologie, ce n'est pas l'infirmière,  
297 il n'y a personne, il n'y a que (prénom de l'ergothérapeute) qui peut m'aider. Donc là c'est mon boulot mais là j'ai besoin de (prénom de  
298 l'ergothérapeute).

299 **E : D'accord. Donc c'est essentiel que vous travailliez ensemble en fait.**

300 AS2 : Ah oui oui. Je pense que tu as bien compris là. Non mais on se rend pas compte mais là j'ai compté, je dis « mince, demain  
301 je pense qu'il ne va pas venir parce qu'il fait sûrement le pont » et voilà quoi. Lundi matin on l'attend comme heu ah ah ah ah. Et oui !

302 **E : D'accord. Et du coup est-ce que vous voyez des limites, des freins au fait de mettre en place des interventions  
303 quotidiennes de l'ergothérapeute dans un EHPAD ?**

304 AS2 : Des limites ?

305 **E : Oui est-ce qu'il y a des difficultés à mettre en place ce type d'interventions ?**

306 AS2 : Ba je ne crois pas hein.

307 **E : Il n'y en a peut-être pas hein, ne vous sentez pas obliger de me dire qu'il y en a**

308 AS2 : C'est-à-dire ?

309 **E : Heu alors là je laisse le champ ouvert à ce que vous pouvez me dire. Je n'avais pas d'idée en tête, c'était juste savoir si  
310 ça pouvait être difficile de mettre en place des interventions concernant la manutention, au quotidien dans un EHPAD.**

311 AS2 : Ah non non, pas du tout hein. Bien au contraire !

312 **E : D'accord. Vous ne voyez vraiment aucun inconvénient au fait qu'il soit là avec vous heu, tout le temps en fait ?**

313 AS2 : Ah non pas du tout. Non puisque comme je t'ai dit pour moi son aide est très importante.

314 **E : D'accord. Et est-ce que votre manière d'accompagner les résidents lors des transferts, elle a changé depuis que vous  
315 travaillez en collaboration avec (prénom de l'ergothérapeute) ?**

316 AS2 : Ah oui. Ah oui beaucoup.

317 **E : Et qu'est-ce qui a changé ?**

318 AS2 : Ba il a changé que je travaille avec plus de connaissances. Je travaille en sachant ce que je fais et pas juste comme ça, juste  
319 à peu près. Voilà je sais ce que je fais par rapport au cas de la personne, je sais comment faire.

320 **E : D'accord. Il vous a donné plus de pistes pour comprendre les résidents et leurs réactions.**

321 AS2 : Voilà. Je travaille avec plus de connaissances.

322 **E : D'accord. Ok. Et est-ce que votre façon de percevoir cette partie de votre travail, elle a changé aussi ?**

323 AS2 : Heu ba j'ai moins mal au dos. Par rapport à ça je me fais moins mal au dos. Depuis qu'on a (prénom de l'ergothérapeute)  
324 je préserve un peu plus mon dos.

325 **E : D'accord donc c'est une tâche qui peut être vécue comme moins pénible grâce à ça.**

326 AS2 : Voilà parce que c'est vrai que depuis qu'on a appris à préserver leurs capacités, à les laisser faire, et ba du coup on fait  
327 moins et puis on force moins sur notre dos aussi.

328 **E : D'accord. Donc vous trouvez que c'est plus facile maintenant.**

329 AS2 : Oui c'est plus facile bien-sûr. Alors que je ne le pensais pas du tout avant.

330 **E : Heu avant de voir (prénom de l'ergothérapeute) vous pensiez que c'était difficile heu.**

331 AS2 : Heu pas que (prénom de l'ergothérapeute), il y en a eu d'autres hein. Mais voilà avant qu'on puisse travailler avec des  
332 ergos, puisque moi quand j'ai débuté, ergo je ne savais pas trop ce que ça voulait dire hein. Il n'y en avait pas. Donc on travaillait comme  
333 ça, on se débrouillait, on avait aucune formation, donc là on s'est bien fracassé le dos, puisque les capacités préservées, tout ça on ne  
334 connaissait pas. Donc la personne, on faisait ses transferts, allez hop, du lit au fauteuil sans même évaluer de quoi elle était capable  
335 encore.

336 **E : D'accord. Parce que du coup dans votre formation, dans vos études, on ne vous enseignait pas du tout heu.**

337 AS2 : Non j'ai un diplôme qui date de 24 ans en arrière, donc non non non je n'ai pas appris tout ça. Et la chance que j'ai eu c'est  
338 de passer cette formation d'ASG qui m'a permis de tout revoir.

339 **E : Ok. Heu maintenant en fait, donc dans le cadre de mon mémoire j'ai dû faire des recherches dans la littérature, et**  
340 **donc j'ai repéré qu'il y avait certains critères fondamentaux qui devaient être respectés pour qu'une manutention soit de qualité.**

341 AS2 : Oui.

342 **E : Donc ces critères c'est que la manutention doit s'effectuer de manière efficace, préserver la santé et la sécurité du**  
343 **patient et aussi celles du soignants.**

344 AS2 : Oui.

345 **E : Voilà. Donc j'aimerais savoir si vous pensez que travailler avec l'ergothérapeute ça vous a permis de répondre plus**  
346 **facilement à ces critères ?**

347 AS2 : Ah oui bien sûr. Oui.

348 **E : L'ensemble de ces critères, donc plus d'efficacité, préserver la santé et la sécurité du patient et aussi celles du soignant.**

349 AS2 : Ah oui.

350 **E : Oui. Et pourquoi du coup ?**

351 AS2 : Pourquoi ? Et bien si je pense que je suis plus efficace maintenant, c'est parce que moi déjà je vais me sentir en sécurité  
352 pour moi. Donc si moi je suis en sécurité, il y a plus de chance pour que lui soit en sécurité. Si moi j'ai confiance, lui il aura confiance.  
353 Heu voilà ça se transmet tout ça. Si j'arrive et que je suis très à l'aise dans ce que je vais faire, heu voilà, je suis en confiance, il est en  
354 confiance.

355 **E : D'accord. Donc le fait de travailler avec l'ergothérapeute, ça vous a donné une confiance en vous que vous n'aviez pas**  
356 **avant.**

357 AS2 : Ah oui beaucoup.

358 **E : et qui se répercute sur le patient.**

359 AS2 : Ah oui bien sûr. Je ne peux pas être moi en sécurité lors d'un transfert si le résident n'est pas en sécurité, c'est pas possible  
360 quoi. Donc en fait ça va ensemble hein.

361 **E : D'accord. Bon et bien je vous remercie l'entretien touche à sa fin. Il y a peut-être des choses qu'on n'a pas abordé et**  
362 **que vous avez envie de rajouter ?**

363 AS2 : Non non. On a fait le tour de tout je crois. Voilà il y a juste que nous, dans notre formation à nous, ba ils n'insistent pas  
364 assez sur le fait que voilà les transferts c'est très important de les faire à 2 quoi, mais bon après ça, ça ne se passe pas toujours comme  
365 ça.

## ANNEXE XII : Retranscription entretien avec AS3

1  
1

**E : Alors déjà depuis quand est-ce que vous travaillez en EHPAD ?**

2  
3  
4  
5

AS3 : Alors j'ai commencé à travailler depuis septembre. J'ai mon CDI qui a été actualisé depuis septembre mais j'ai commencé à travailler dans le milieu de la gériatrie depuis 2011, dans d'autres structures. En fait j'ai passé mon concours d'aide-soignant en apprentissage, c'est-à-dire toute mon année d'école aide-soignante, donc l'année dernière, j'étais dans la même structure, l'EHPAD X. Et en fait j'ai passé un an en apprentissage et suite à mon diplôme réussi, je suis passé en CDI dans le même EHPAD.

6

**E : D'accord. Et est-ce que vous avez reçu une ou plusieurs formations concernant la manutention des résidents ?**

7  
8

AS3 : Alors oui en février j'ai eu une formation avec un kiné, une ergo sur la manutention pour revoir et apprendre certains gestes techniques pour le personnel, pour éviter les accidents du travail mais aussi pour le bien-être du résident.

9

**E : D'accord.**

10  
11  
12

AS3 : Donc c'était une formation sur toute la journée. Ça c'était une formation interne. On a eu aussi, pendant nos études d'aides-soignants, le module 6. En fait c'est que des formations avec un kiné et une ergo aussi. Pour valider ce module en fait c'est que de la manutention. Donc pendant un an on a eu un module consacré à la manutention, ainsi que des formations internes sur mon lieu de travail.

13  
14

**E : D'accord. Donc maintenant plus des questions par rapport à comment est-ce que vous définissez le niveau d'aide que vous devez apporter aux résidents lors des transferts justement ?**

15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22

AS3 : Alors en fait ça va dépendre de la pathologie du résident mais en moyenne, honnêtement il y a des résidents où ça va être vraiment compliqué. Si c'est des personnes qui ont un appui ça va être des transferts qui vont être assez légers, simples, en sachant que maintenant on a du matériel qui est..., enfin quand je parle avec des anciennes aides-soignantes qui ont 20 – 30 ans de métier dans l'EHPAD, elles me disaient qu'à l'époque c'était pas du tout comme ça. Nous on a vraiment le matériel qui est adapté. En fait ça va vraiment dépendre du patient. Si c'est des patients qui sont lourds, on va vraiment avoir besoin du matériel ou de nos collègues pour les transferts, mais moi actuellement je ne force pas beaucoup sur les résidents. Je prends très peu de risque dans le sens que n'ai pas envie de déjà blesser mon résident, j'ai pas envie qu'il est des soucis. Et aussi on sait, enfin moi je me dis toujours que mon dos c'est un peu mon instrument de travail donc je fais vraiment attention.

23  
24

**E : D'accord. Donc quand un résident arrive dans l'EHPAD et que vous ne le connaissez pas trop, sur quoi vous vous basez pour connaître un peu ses capacités ?**

25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35

AS3 : Généralement quand un patient arrive dans l'EHPAD, ou l'ergo est passée aussi voir comment ça se passait pour les transferts de la personne, mais vraiment je me base sur si la personne a déjà des appuis, aussi le poids de la personne. Par exemple si c'est une personne qui fait 1m70, 110 kilos mais qu'elle a des appuis, je préfère quand même pour le premier transfert au moins être à 2 pour assurer. Après avec le temps, je pense que ça va dépendre vraiment de la pathologie de la personne, la corpulence, la taille, si la personne est cohérente ou pas, si elle est capable de nous aider. En fait je pense que j'analyse vraiment la personne pour savoir comment m'y prendre, mais généralement on fait déjà le transfert à 2 dans les premiers temps. Heu si c'est des personnes qui n'ont aucun appui ça va être au lève malade. Si c'est des personnes qui ont des appuis mais que c'est un peu compliqué pour les transferts ça va être au verticalisateur. Et après moi ça m'est arrivé des personnes, au début on était au verticalisateur et avec le temps la personne a pris confiance en nous et elle faisait vraiment l'effort de nous aider. Et au final j'ai des personnes heu, moi j'ai un monsieur qui fait 1m90 pour facile 90 kilos et je le lève tout seul parce que j'ai confiance, je lui fais confiance et il me fait confiance et du coup le transfert se passe vraiment bien.

36

**E : D'accord. C'est quand vous connaissez un peu mieux la personne du coup...**

37  
38  
39

AS3 : Voilà avec le temps. Il y a des personnes, vous allez arriver un matin, la personne ne va pas être en état de fournir un effort, parce qu'elle est fatiguée, que la nuit a été compliquée. Donc dans ce cas-là ne pas prendre de risque et demander à une collègue, où qu'il y est du matériel qui soit mis à disposition.

40  
41

**E : D'accord. Donc c'est tout dans l'observation ou il y a des documents à leur arrivée dans l'établissement qui écrits heu, où il y a les capacités, par exemple s'ils ont leurs appui ou pas ?**

42  
43  
44  
45  
46  
47

AS3 : Voilà, il y a aussi les documents. Si la personne a été transférée, par exemple des hôpitaux ou d'une autre maison, il y a aussi les rapports précédents des kinés, des ergos qui sont passés, des médecins. Donc ça aussi faut le prendre en compte. Après généralement quand on a des difficultés pour une personne, lors des soins, lors des transferts, on demande à l'ergo d'intervenir et de faire, par exemple, une évaluation sur les soins, sur les transferts, pour qu'elle nous donne son point de vue et qu'est-ce qu'on pourrait améliorer, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour que la personne soit plus en sécurité, pour que nous on soit plus aussi en sécurité. Donc l'ergo a vraiment un rôle important pour le patient.

48

**E : D'accord. Donc elle participe à cette évaluation des capacités du résident vous dites.**

49  
50

AS3 : Voilà, c'est tout à fait ça. Je sais que nous, où je travaille actuellement, heu notre ergo participe aux soins quand il y a des difficultés pour qu'elle regarde où nous on bloque et qu'elle nous apporte son savoir pour nous aider à améliorer ça.

51

**E : D'accord. Et comment est-ce qu'elle vous transmet un peu ces conclusions d'évaluations ?**

52 AS3 : Ba quand c'est des personnes, par exemple on avait un cas d'un Monsieur qui était très mal installé dans le fauteuil et  
53 c'était compliqué pour nous de le remonter toute la journée, mais vraiment tout le temps, tout le temps, tout le temps. Et du coup, de son  
54 côté elle a fait une demande d'un devis pour un nouveau fauteuil. Donc qui est passé en location. Quand le fauteuil est arrivé, le fauteuil  
55 était déjà largement mieux que son fauteuil précédent mais c'était pas tout à fait ça. Donc elle nous encore aidé pour regarder qu'est-ce  
56 qu'on pourrait améliorer, donc une commande d'un nouveau coussin, heu des cales-pieds mieux adaptés. Enfin tout ça c'est, elle fait sa  
57 démarche de son côté pour aussi notre confort à nous et heu on fait des points par message de temps en temps, ou quand on la croise elle  
58 nous explique, lors des relèves aussi. Notre ergo participe aux relèves. Donc du coup on lui transmet tous nos petits soucis et elle fait ce  
59 qu'elle peut pour vraiment améliorer le confort au travail.

60 **E : D'accord. Donc vous trouvez que ça vous aide beaucoup, heu, au quotidien ?**

61 AS3 : Ah oui. Avant, quand j'ai commencé il n'y avait pas d'ergo. Enfin l'ergo était là mais pendant longtemps elle était absente.  
62 Et franchement je vois la différence entre quand il n'y avait pas l'ergo et depuis qu'on l'a. Vraiment il y a une différence hein.

63 **E : Mais qu'est-ce qu'elle vous apporte du coup ?**

64 AS3 : Elle nous a vraiment apporté... , heu elle fait les démarches pour les commandes de matériel pour le personnel, pour le  
65 patient. Et on ne s'en rend pas forcément compte quand elle est pas là, enfin dans le sens que au début je ne m'en rendais pas compte,  
66 mais vraiment depuis qu'elle est là on s'en rend compte quand on a des patients, c'est devenu largement plus simple les transferts. Ou  
67 pour l'installation de patients, je reprends l'exemple de ce monsieur, avant qu'elle arrive, son fauteuil c'était une cata et elle a fait les  
68 démarches et au final ce monsieur a repris du poil de la bête si je peux me permettre. Maintenant on arrive à vraiment le restabiliser  
69 debout lors des transferts. Ce monsieur a repris confiance et il nous aide largement mieux qu'avant. Avant c'était compliqué et je pense  
70 que l'ergo a vraiment une place importante dans la structure.

71 **E : Ok. Et la manière dont elle vous transmet un peu les informations et dont elle intervient vous convient heu, enfin vous**  
72 **la trouvez efficace du coup ?**

73 AS3 : A oui tout à fait. Après c'est vrai que l'ergo qu'on a actuellement, malheureusement elle n'est pas là toute la semaine du  
74 lundi au vendredi. C'est deux jours dans la semaine et c'est vrai que c'est un peu compliqué parce que vu que nous on travaille en 12  
75 heures, en fait on la voit un jour par semaine. Donc c'est un peu compliqué, mais heu même un jour par semaine... Enfin moi avec le  
76 recul, elle serait là du lundi au vendredi, ça serait vraiment efficace et même là en la voyant une fois par semaine c'est efficace.

77 **E : D'accord. Donc vous pensez que ça serait mieux qu'elle soit là toute la semaine mais c'est déjà bien qu'elle soit là.**

78 AS3 : Ah oui c'est déjà bien qu'elle soit là. On voit vraiment la différence et voilà quand elle est là on est content parce du coup  
79 heu... je pense que ça lui fait vraiment une charge de travail importante parce que du coup elle reçoit pleins de demandes, de questions  
80 le même jour et je pense que ça lui fait beaucoup, beaucoup de boulot. Donc c'est pour ça que je pense qu'il ne faut pas non plus lui  
81 poser des questions sur des choses qui ne sont pas vraiment importantes. Il faut vraiment répertorier ce qui est la priorité et on verra avec  
82 le temps.

83 **E : D'accord. Donc vous parlez entre vous, entre aides-soignants, pour savoir quelles questions vous allez lui poser en**  
84 **priorité je suppose.**

85 AS3 : Voilà, on demande à notre infirmière ce qu'elle en pense, vu que c'est notre infirmière qui nous coordonne et qui coordonne  
86 l'équipe et suivant ce que l'infirmière pense ce qui est le plus favorable, la priorité, nous après on refait la demande en équipe.

87 **E : D'accord. Ok. Et du coup le niveau d'aide apporté aux résidents c'est quelque chose qui est évalué assez**  
88 **régulièrement ?**

89 AS3 : Oui assez régulièrement. En fait on fait des points régulièrement sur chaque résident. Nous à la fin des relèves, qu'on fait  
90 tous les jours, entre l'équipe soignante, entre infirmiers, aides-soignants, la cadre de santé, le médecin coordinateur quand il ou elle est  
91 présent, on fait des points sur les personnes qui nous ont semblé peut être fatiguée ou qui sont dénutries. On évalue. Donc tous les jours  
92 on classe ce qui est important de dire sur telle ou telle personne. Quand il y a vraiment quelque chose qui est à signaler, on met des  
93 transmissions sur notre site. Et on passe par ce site pour mettre des transmissions ciblées et tout le personnel soignant à accès à cette  
94 cible, qui ensuite est retransmise. Enfin on peut cibler par exemple pour tel patient, il a tel problème et c'est tel professionnel qui serait  
95 concerné. Donc tous les jours je dirais qu'on fait des points sur les patients, pas sur tous les patients, mais si un patient le lundi ne va pas  
96 bien, et bien le mardi, si c'est toujours le cas, on refait un point et on revoit qu'est-ce qu'on pourrait améliorer. Mais c'est vrai que tous  
97 les patients ne sont pas passés de A à Z tous les jours. Ça ferait beaucoup de patient heu, sur un structure de 100 résidents, ça ferait quand  
98 même long à les passer un par un.

99 **E : Oui c'est sûr. Heu je vais maintenant plus vous poser des questions sur le contexte, l'environnement dans lequel se**  
100 **réalisent les manutentions des résidents.**

101 AS3 : Oui.

102 **E : Donc j'aimerais savoir combien vous réalisez de manutention par aide-soignant en une matinée ?**

103 AS3 : Heu déjà le matin on a 5-6-7 soins, donc 7 toilettes, donc ça fait déjà 7 manutention sûres. Ensuite il y a les levés, quand  
104 les personnes qui restent dans leur chambre, quand on les réinstalle pour le petit déjeuner. Heu moi je dirais qu'on fait facilement au  
105 moins 15-20 manutentions rien que sur la matinée. Après l'après-midi un peu moins, à part quand c'est l'heure des couchers, pour les  
106 personnes qui souhaitent aller se coucher ou faire la sieste. Mais oui je dirais une bonne vingtaine sur la matinée et en moyenne une  
107 quarantaine sur une journée.

- 108 **E : D'accord. Ok. Et du coup ces manutentions vous les réalisez plutôt seul, en équipe ou ça dépend ?**
- 109 AS3 : Ca va dépendre généralement. Moi je dirais, enfin après ça va être être un peu compliqué, mais je dirais que si il y a la  
110 possibilité, généralement, honnêtement il faut mieux être 2 que seul. Seul c'est prendre des risques pour soi-même et pour le patient et  
111 c'est pas le but. Donc nous sur notre équipe, on a notre infirmière qui, enfin généralement on caricature l'infirmière en maison de retraite  
112 comme celle qui reste dans son coin et, nous notre infirmière c'est une ancienne aide-soignante et elle comprend la charge de travail et  
113 c'est vrai qu'elle nous aide vraiment pour tout. Donc on est toujours deux pour la manutention, vraiment. On ne sait jamais ce qui peut  
114 se passer même si c'est une personne qui fait 40 kilos, ba on sait jamais, il suffit qu'elle se crispe ou qu'elle panique et ça peut vite  
115 dégenerer donc toujours à 2.
- 116 **E : Donc toujours un binôme aide-soignant/infirmière si je comprends bien.**
- 117 AS3 : Voilà aide-soignant/ aide-soignant ou aide-soignant/infirmière quand notre collègue n'est pas disponible. Si notre infirmière  
118 est dans les parages on la monopolise juste 5 minutes, le temps de faire le transfert ou l'installation de la personne.
- 119 **E : D'accord. Et est-ce que vous utilisez du matériel pour faire ces transferts ?**
- 120 AS3 : Alors moi le matériel la plupart du temps, je l'utilise vraiment quand c'est nécessaire à 100%. Par exemple si c'est une  
121 personne qui a la sclérose en plaque ou qui est paraplégique ou hémiparalysé, là il n'y aura pas le choix. Ou une personne amputée. Mais  
122 généralement je préfère favoriser l'autonomie de la personne. Du moment que la personne a des appuis, je préfère qu'on soit 2 et qu'on  
123 favorise la personne, les personnes âgées. Et vraiment utiliser le lève-malade dans tous les sens je trouve ça un peu compliqué pour la  
124 personne aussi.
- 125 **E : Après quand je parle de matériel, je pense aussi à tout ce qui est planche de transfert heu, enfin je ne sais pas ce que  
126 vous avez sur l'EHPAD mais il y a d'autres heu...**
- 127 AS3 : Alors il y a lève-malades, verticalisateurs, des draps de glisse, les disques mais c'est vrai que le disque aussi c'est vraiment  
128 utile, ça je l'utilise régulièrement, je trouve ça vachement bien. Ça permet de faire des transferts seul et sans, enfin on va dire facilement  
129 quand même. Par contre le lève-malade je dois l'utiliser à tout casser 4 fois par jours. Je ne l'utilise que pour 2 personnes sur tout un  
130 secteur de 100 personnes. Et sinon le verticalisateur je ne l'utilise pas du tout, et voilà. Sinon les transferts généralement je les fais à 2.
- 131 **E : Ok. Et est-ce que vous pensez que le contexte, l'environnement dans lequel ont lieux les manutentions peut limiter la  
132 participation des résidents lors des transferts ?**
- 133 AS3 : Ah oui, complètement. Des fois les chambres sont petites, enfin c'est pas des chambres de 30 mètres carré et je pense que  
134 si les chambres étaient un peu plus grandes, pour certaines personnes on pourrait avoir plus d'espace pour essayer de les stimuler,  
135 trouver une nouvelle solution pour faciliter le transfert. Et c'est vrai qu'on a tendance des fois à prendre le matériel parce qu'il y a pas  
136 la place pour lever la personne. Par exemple on a un monsieur, avant on le levait au déambulateur. On lui mettait son déambulateur à  
137 portée et du coup il s'aidait de son déambulateur. On arrive au point où la chambre en fait est vraiment petite et du coup ce monsieur  
138 c'était compliqué. Il fallait qu'il fasse un ou 2 pas avant de bien rester droit et stable. Et du coup dans la chambre il n'y avait pas vraiment  
139 la place de faire ces 1 ou 2 pas donc du coup on a arrêté de le lever au déambulateur et on fait les transferts à 2 soignants alors que quand  
140 les kinés viennent on le fait dans le couloir et ce monsieur il n'y a pas de soucis. Il arrive à marcher heu, pas des kilomètres mais il arrive  
141 à marcher. Alors que nous on s'embête à faire le transfert à 2 on va dire, vu qu'il n'y pas la place nécessaire dans la chambre alors que  
142 ce monsieur serait en capacité, quand il est bien en forme, de se lever de lui-même avec un peu d'aide.
- 143 **E : D'accord. Et du coup vous m'aviez parlé aussi du fait que les aides-techniques pouvaient limitées la participation aussi  
144 il me semble.**
- 145 AS3 : Hum c'est tout à fait ça. Par exemple, la personne est complètement dépendante au lève-malade du fait qu'on lui mette le  
146 filet, qu'on la sangle, la personne directement est complètement dépendante. Elle ne participe plus du tout au lève-malade. C'est au  
147 soignant de tourner la personne de gauche à droite juste pour glisser la sangle. La personne perd l'autonomie, enfin généralement quand  
148 on lève une personne au lève-malade, c'est une personne qui n'a plus d'appui et qui n'est plus en capacité de se déplacer.
- 149 **E : D'accord. Et est-ce que vous voyez d'autres éléments qui pourraient limiter cette participation des résidents ?**
- 150 AS3 : Heu oui, bin par exemple une personne qui est asthénique, c'est une personne qui ne va pas être en capacité ce matin de  
151 se lever ou, en fait il y a des personnes un jour vous allez venir, elle va être souriante, motivée et le lendemain il n'y aura plus cette  
152 motivation. Donc on va devoir s'adapter tous les jours à la personne en fait. Il y a des personnes, tel jour vous allez être 2 pour le transfert,  
153 le lendemain la personne va vous dire « Ah non aujourd'hui je me sens en forme, on essaye, pas besoin d'appeler le collègue » et ça va  
154 se passer super bien. C'est vraiment s'adapter à la personne, à ce qu'elle désire, à son état physique et psychologique de la journée. Un  
155 jour on va lever peut-être une personne au lève-malade et une semaine après, elle aura eu le kiné qui sera passé, le kiné nous aura montré  
156 aussi des techniques, comment s'y prendre, l'ergo sera revenu aussi nous en mettre dans la tête, comme ça, comme ci et au final ça se  
157 passera mieux avec la personne.
- 158 **E : D'accord. Donc la façon d'accompagner le résident, influence grandement sa participation aussi. C'est ça ?**
- 159 AS3 : Ah oui complètement. Et c'est aussi le lien qu'on peut avoir avec le résident. Il y a des résidents heu, moi je lis des  
160 transmissions, telle ou telle personne il faut la lever au lève-malade. Ba là actuellement on est débat. On a une personne, notre ergo  
161 aimerait qu'on essaye de la lever au lève-malade parce qu'avec une équipe ils la lèvent au lève-malade et avec une autre équipe, ils la  
162 lèvent à 2 soignants. Donc on est dans le débat, est-ce qu'on la lève au lève-malade, est-ce qu'on essaye à 2 soignants ? Voilà c'est  
163 comment aussi on s'y prend avec la personne. Il a des patients avec qui moi je vais avoir aucun soucis mais mes collègues ne vont pas  
164 réussir parce que la personne ne va pas vouloir, alors que moi je vais venir et ça va se passer super bien. Et je vais avoir aussi des patients  
165 avec qui je ne vais pas réussir à avoir le lien qu'il faut avec. Du coup ils ne vont pas vouloir et ma collègue va passer 2 minutes après et

166 la personne elle va courir dans tous les sens. Alors qu'avec moi elle était au bord de la souffrance, elle ne voulait même pas se  
167 lever, pas plier la jambe. En fait chaque patient va peut-être avoir plus de facilité avec telle ou telle soignant.

168 **E : D'accord. Et du coup quand il y a soit un environnement qui trop petit, une aide-technique qui ne convient pas, ou**  
169 **une relation qui ne se passe pas très bien entre le soignant et le résident, qu'est-ce que vous pouvez faire vous, en tant qu'aide-**  
170 **soignant pour favoriser la participation ?**

171 AS3 : Moi pfff honnêtement, on est divisé en 3 secteurs sur l'étage. Heu nous dans notre équipe on est parti de la logique que si  
172 on n'y arrive pas avec telle ou telle personne ça ne sert à rien de forcer, de s'énerver. Il faut rester calme et il faut passer la main. A un  
173 moment il faut aussi se dire « ba peut-être pour cette personne, il y a quelque chose, que je n'arrive pas encore à faire, donc je passe la  
174 main à mon collègue ou à ma collègue ». En fait, nous on ne respecte pas vraiment les secteurs, c'est « ba telle personne aujourd'hui,  
175 elle ne se sent pas capable avec moi, ba prend la et moi je t'en prends une autre ». En fait les 3 secteurs c'est juste pour se dire que l'étage  
176 est séparé en 3 secteurs mais on ne les respecte pas vraiment, c'est vraiment pas rapport au lien qu'on a avec telle ou telle personne. Je  
177 pense que quand on passe la main à un collègue il ne faut pas se dire « je suis incompetent », c'est juste se dire « ba actuellement je ne  
178 suis pas encore capable de prendre en charge cette personne, je n'ai pas encore compris qu'elle est mon erreur et il faut que je  
179 réfléchisse ».

180 **E : D'accord.**

181 AS3 : Et puis déjà le fait d'être un homme, je sais que tout ce qui va être les personnes du genre féminin, ça va être moins  
182 compliqué pour moi que par rapport à mes collègues qui n'y arrivent pas toujours. Parce que quand les femmes voient un homme elles  
183 se disent « c'est fort, c'est costaud » alors que pas forcément hein. J'ai des collègues qui vont peut-être avoir plus de force physique que  
184 moi mais c'est psychologique. Par exemple j'ai des hommes qui refusent que, enfin qui sont toujours en train de dire « Ah non, non,  
185 non, c'est une femme je ne veux pas. Je veux un homme ». Alors que moi je sais qu'il n'y aucune différence homme-femme dans le  
186 milieu. Enfin il y a peut-être un petit peu plus de force physique mais pas énormément quoi. Voilà.

187 **E : D'accord. Donc ça c'est pour l'aspect heu, quand la relation ne fonctionne pas bien. Mais du coup quand c'est**  
188 **l'environnement, que le matériel qui ne fonctionne pas très bien, qu'est-ce que vous faites ?**

189 AS3 : Alors quand le matériel ne fonctionne pas très bien, par exemple heu, ba encore l'avantage c'est qu'on n'a pas un lève-  
190 malade pour toute la maison, c'est un lève-malade par étage. Donc si un jour on a un, ba mardi on a eu un lève-malade qui est tombé en  
191 panne à l'étage, ba ils sont venus chercher le lève-malade d'un autre étage. Mais le cas où on doit lever une personne au lève-malade et  
192 il n'y pas de lève-malade qui marche, comment on fait ? Alors là c'est vraiment une très bonne question, parce ça ne m'est jamais encore  
193 arrivé, je pense que c'est compliqué à gérer.

194 **E : D'accord. Moi je pensais plutôt au fait que par exemple, l'aide technique, le lève-malade fonctionne mais vous**  
195 **rendez compte que c'est une solution qui ne fonctionne pas très bien pour la personne. Donc à ce moment-là vous essayez vous-**  
196 **même de changer ou vous appelez forcément l'ergothérapeute heu ?**

197 AS3 : Non honnêtement je ne prends pas d'initiative de moi-même parce que heu, enfin j'ai pas la science infuse et je pense que  
198 chacun est formé, diplômé pour tel ou tel acte et que si on a une ergo c'est pas pour décorer dans la maison. Voilà, c'est comme les  
199 médecins qu'on a au sein de la structure, ce n'est pas pour faire joli donc on ne va pas s'amuser à se dire « Ah bon ba je pense qu'elle a  
200 telle ou telle pathologie. Non, chacun à son diplôme et est meilleur dans un domaine que l'autre. Donc s'il y a un problème au niveau de  
201 la manutention, il ne faut pas chercher à faire soi-même, il faut demander à l'ergo ce qu'elle en pense, toujours demander.

202 **E : D'accord. Et du coup quand il y a l'évaluation des capacités de la personnes pour son transferts, est-ce que vous évaluez**  
203 **aussi un peu heu tout ce qui est environnement, enfin l'espace, le matériel ? Enfin est-ce que vous faites des essais vous ou c'est**  
204 **toujours avec l'ergothérapeute ?**

205 AS3 : Alors ça va vraiment dépendre. Si l'ergo n'est pas présente, on peut toujours essayer de voir avec l'infirmière, réfléchir  
206 « ba qu'est-ce qu'on pourrait améliorer là ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Est-ce que tu as une idée pour ça, ça, ça ? », mais  
207 généralement on sollicite vraiment l'ergo. Si l'ergo n'est pas présente, tous les jours on a des kinés qui sont présents, donc on peut leur  
208 demander aussi « ba tiens pour telle personne, qu'est-ce que t'en penses ? Est-ce que tu aurais une petite solution pour la lever, pour le  
209 transfert ? » Donc c'est vrai quand il n'y a pas d'ergo, il y a toujours les kinés qui peuvent nous aider, mais c'est 2 choses totalement  
210 différentes les kinés et les ergos. Donc voilà, quand il n'y pas d'ergo ba on va voir aussi les kinés mais généralement on sollicite toujours  
211 quand même l'ergo. On est bien content quand elle est là.

212 **E : D'accord. Et est-ce que vous recherchez systématiquement la participation des résidents lors des manutentions ?**

213 AS3 : Ah oui tout à fait. Des fois c'est plus facile de prendre l'appareil et de se dire bon allez on la met dans l'appareil et c'est  
214 fini, mais il y a un moment faut se dire aussi qu'une personne qu'on sollicite, c'est vrai qu'au début ça va être compliqué parce qu'elle  
215 est peut-être pas forcément habituée mais au final ça sera tellement plus rapide de heu, en fait sur le long terme c'est un gain de temps  
216 de solliciter une personne tous les jours pour essayer de faire un transfert. A un moment il y aura forcément un résultat, et quand il y  
217 aura ce résultat on sera content, on se dira « Purée on a réussi à faire quelque chose de bien ». Alors que une personne qui a des appuis,  
218 que vous avez levé au lève-malade tous les jours, au final dans, allez 3 mois, elle n'aura plus aucun appui et vous aurez tout perdu, c'est-  
219 à-dire que ça sera une personne qui sera complètement grabataire alors qu'elle ne l'était pas forcément au début. Et ça fait une charge de  
220 travail encore plus importante. Donc je pense qu'il faut mieux partir sur l'idée de se dire « Bon ba allez pendant 3 mois ça va être  
221 compliqué, on va solliciter la personne. » Et s'il y a vraiment un gain d'autonomie de cette personne on peut être fier. Par contre choisir  
222 la facilité ce n'est pas forcément la meilleure des choses à faire quoi. Après chaque soignant à ses idées, ses objectifs, on pense de façon  
223 différente. Il y en a ils vont choisir la facilité parce que c'est la facilité. Ils y en a qui vont se dire « Bon ba je préfère galérer et ramer,  
224 mais au final je serai content si mon patient gagne un peu d'autonomie sur les 3 mois à venir ». Moi je sais que l'autonomie de la personne  
225 c'est un des objectifs qui m'intéresse le plus parce que je pense que ces personnes, il ne faut pas se dire « une personne qui est au lit, bon  
226 ba c'est fini pour elle, elle ne marchera plus jamais ». Non je pense qu'il faut partir de l'idée de l'accompagner et donner espoir à cette  
227 personne quoi, garder espoir pour elle.

- 228 **E : Hum hum. Et le fait de vouloir à tout prix garder cette autonomie c'est quelque chose qu'on vous a enseigné dans votre**  
229 **formation ou c'est quelque chose que vous avez appris après ?**
- 230 AS3 : En formation on nous explique que favoriser l'autonomie de la personne c'est quelque chose de primordial. Après soit on  
231 oublie, soit on n'oublie pas. Et puis c'est quelque chose que je trouve moi important. Je suis resté sur cette idée-là, que ce n'est pas grave  
232 si je galère, si je prends 20 minutes à lever la personne au lieu de 5 min avec un appareil. C'est 15 minutes que j'ai perdu mais au moins  
233 je me dis que ça sera plus confortable pour cette personne que j'essaie de l'aider, de l'accompagner plutôt que je la mette dans une  
234 sangle et de dire « Bon ba c'est fini, on va sur le fauteuil ». Je suis plus dans l'optique de ramer moi et de me dire que ça sera plus  
235 agréable pour la personne. Parce que franchement je pense que le lève-malade c'est pas quelque chose d'agréable. De tourner la personne  
236 3 fois dans le lit juste pour glisser une sangle et après de la transférer heu, je ne pense que ça soit agréable ces choses-là.
- 237 **E : D'accord. Et est-ce que vous rencontrez parfois des difficultés pour que les résidents coopèrent lors des transferts ?**
- 238 AS3 : Ah oui tout à fait. On a des résidents qui vont être agités, qui vont être violents et c'est vrai que c'est compliqué, mais on  
239 est des professionnels, il faut garder ses distances et trouver le petit truc qui va faire que la personne va se calmer. Et c'est vrai que ça  
240 arrive, il y a des transferts qui sont compliqués mais c'est pour ça qu'on est une équipe et qu'on est plusieurs au sein de l'équipe, et faut  
241 pas hésiter voilà à demander à ses collègues un peu d'aide pour les transferts. Il ne faut pas se dire « C'est pas grave, je suis costaud, je  
242 me sens bien ce matin, je vais faire le transfert seul. » Non toujours à 2, vraiment il faut partir dans l'optique qu'on est une équipe et il  
243 ne faut pas vouloir la jouer solo.
- 244 **E : D'accord. Et le fait que les patients ne coopèrent pas ou soient violents c'est lié à leur pathologie ou il y a parfois**  
245 **d'autres raisons ?**
- 246 AS3 : Non la plupart du temps c'est vraiment lié à leur pathologie hein. Heu des personnes qui sont grabataires et qui en plus ont  
247 Alzheimer par-dessus ça va peut-être être des personnes qui vont être violentes parce qu'elles ne comprennent pas forcément ce qu'on  
248 leur dit. Heu aussi des fois peut-être en tant que soignant, il faut le reconnaître, on est pressé, on n'est pas forcément attentif. Donc la  
249 personne, on va arriver, on va juste lui dire bonjour et on ne va même pas lui expliquer qu'est-ce qu'on va lui faire, lui apporter. Du  
250 coup, une personne qui a Alzheimer, si vous la brusquez un petit peu, sans être vraiment brusque au sens de la pousser mais de ne pas  
251 expliquer, c'est une personne qui va se braquer. Par exemple, on a un homme où c'est le cas. Il fait 1m90, pour peu qu'il est un peu de  
252 force ça picote quand il s'énerve. Voilà à un moment il faut prendre le temps pour les patients et ne pas être dans l'idée « Bon ba ce n'est  
253 pas grave, on speed, on speed, on speed ». Ba non il faut prendre le temps pour les patients, c'est des êtres humains, ce ne sont pas des  
254 objets.
- 255 **E : Ok. Donc prendre le temps, bien leur expliquer et puis travailler en équipe le plus possible, c'est ça les solutions que**  
256 **heu...**
- 257 AS3 : Voilà, moi je pense que pour arriver vraiment à faire de la manutention efficace, à avoir des patients qui sont coopératifs,  
258 il faut avoir une équipe qui soit soudée, qui s'entraide. Il faut être aussi patient. Il faut être professionnel, il ne faut pas se dire « je viens  
259 juste pour l'argent », enfin on vient tous travailler pour l'argent mais je pense que le métier d'aide-soignant, infirmiers, les métiers du  
260 paramédical ou médico-social c'est pas des métiers qu'on choisit juste pour l'argent. C'est des métiers, il faut vraiment être passionné  
261 et aimer ce qu'on fait.
- 262 **E : Hum hum. Je suis d'accord.**
- 263 AS3 : Voilà je ne pense pas qu'on choisisse ce métier juste parce que c'est un métier qui fait joli. Moi je pars du principe que le  
264 matin quand je me lève, je suis content parce que je peux retrouver mes patients mes résidents et que indirectement, on leur apporte des  
265 bonnes choses mais, ils nous rapportent aussi des bonnes choses et que au final c'est enrichissant pour les 2 personnes, que ça soit le  
266 soignant ou le soigné.
- 267 **E : C'est vrai. Heu du coup l'ergo intervient parfois auprès de vous pour vous aider à réaliser, à ajuster votre accompagnement**  
268 **vos accompagnements auprès des résidents, pour les manutentions.**
- 269 AS3 : Oui
- 270 **E : Et j'aimerais savoir combien de fois vous avez bénéficié de ce type d'intervention de la part de l'ergo ?**
- 271 AS3 : Alors généralement en fait on planifie sur des jours où elle est disponible, donc elle est là 2 jours par semaine. Par exemple,  
272 mardi elle a fait une toilette évaluative avec une collègue et elle a pris une heure. Donc une heure sur une journée, donc sur le temps  
273 travaillé, c'est déjà énorme. Mais vraiment dès qu'on a besoin d'elle, elle est présente. Heu des fois on l'appelle « est-ce que tu peux  
274 venir pour voir ça, ça, ça ». Elle vient, elle hésite pas. Je pense qu'elle est vraiment présente hein, pour le temps en nombre de jours où  
275 elle est là, elle fait son maximum, elle se donne à fond.
- 276 **E : D'accord. Et vous vous avez pu travailler avec elle combien de fois déjà ?**
- 277 AS3 : Alors moi j'ai pu travailler déjà avec elle pour des petites choses ou autres, au moins 7-8 fois voire 10 fois. Depuis qu'elle  
278 est présente, j'ai pu avoir vraiment du temps. A chaque fois que j'ai fait une demande, généralement quand je revenais la fois d'après,  
279 que je la revoyais ba ça avait été pris en compte et elle m'avait apporté ce qu'il me manquait.
- 280 **E : D'accord. Donc c'était une dizaine de fois sur le terrain vraiment ? Ce n'étaient pas des formations ?**
- 281 AS3 : Oui c'était sur le terrain.

282 **E : D'accord. Et du coup lors de ces interventions est-ce que l'ergothérapeute vous apporte des conseils pour favoriser la**  
283 **participation des résidents ? Et lesquels ?**

284 AS3 : Heu ba honnêtement, moi à chaque fois que l'ergo est intervenu, déjà elle apportait le confort au résident, ce qui était déjà  
285 remarquable. Elle a vraiment apporté du confort par le matériel qu'elle pouvait mettre en place pour le résident. Nous aussi elle nous a  
286 apporté notre bien-être à nous, parce que du coup on forçait moins. Enfin quand on force moins sur une journée, sur un seul patient, ba  
287 on sent quand même la différence. Heu elle nous a aussi expliqué des techniques « ba pour tel transfert, vous pourriez vous mettre comme  
288 ça ». Non vraiment franchement, elle nous a apporté des aides-techniques, des aides matérielles et je trouve que c'est important. On a vu  
289 la différence.

290 **E : D'accord. Et elle vous explique aussi comment utiliser le matériel c'est ça ?**

291 AS3 : Oui ça aussi. Pour le matériel, pour par exemple tout ce qui va être lève-malades, verticalisateurs, elle va nous expliquer  
292 « ba on peut se placer de tel côté ». Heu les fauteuils, moi par exemple pour les cales-pieds, heu c'était un truc qui me saoulait. Enfin la  
293 plupart du temps ça se démontait parce qu'on avait une personne qui forçait vraiment. Du coup elle nous avait expliqué une petite  
294 technique pour remonter le cale-pied, de façon à ce que la personne n'est plus aucun appui, ne puisse plus forcer vers le sens du sol mais  
295 plus face au mur. Du coup on le mettait en horizontal le cale-pied au lieu de le mettre en vertical. Comme ça la personne quand elle était  
296 installée, elle était vraiment à plat. Heu plein de petites choses, sur le matériel elle s'y connaît vraiment bien et ça fait plaisir. Il y a des  
297 choses que nous on ne sait pas comment faire sur le matériel et honnêtement tout ce qui est fauteuil, moi je vais pas pouvoir dire que tel  
298 fauteuil c'est tel modèle et que il y a ça, ça, ça là. Je n'y connais rien vraiment sur les fauteuils et c'est pour ça que (nom de  
299 l'ergothérapeute) intervient et nous explique.

300 **E : D'accord. Et est-ce qu'elle vous donne d'autres types de conseils encore ?**

301 AS3 : Heu non, c'est vraiment des conseils sur la manutention et sur le matériel.

302 **E : D'accord. Et vous trouvez que ces conseils sont plutôt utiles et applicables au quotidien.**

303 AS3 : Oui tout à fait. Vraiment oui ça se ressent. En matériel, il y a tout ce qui va être fauteuil, les appareils qu'on utilise nous  
304 mais il y a aussi tout ce que j'appelle les accessoires : les verres canards, les becs, les tours d'assiette, les couverts adaptés. C'est aussi  
305 important.

306 **E : D'accord. Donc là on s'éloigne un peu de mon sujet de mémoire qui porte vraiment sur l'aide au transfert et la**  
307 **manutention mais heu...**

308 AS3 : L'aide au transfert voilà.

309 **E : Et du coup quelles suggestions vous pourriez lui faire pour améliorer ces interventions auprès de vous ?**

310 AS3 : Ba c'est pas vraiment une suggestion mais c'est vrai que moi ce que je regrette quand même c'est de ne pas l'avoir plus  
311 souvent sur la maison. C'est la chose vraiment que je regrette parce que par exemple au lieu de prendre une semaine pour avoir une  
312 réponse, parce que du coup elle y peut rien mais on la voit une fois sur 2 vu qu'on est en 12 heures, mais par exemple si elle était là 3 -  
313 4 jours ba on pourrait la revoir 2 jours après pour lui demander « qu'est-ce qu'on fait en attendant ? ». C'est vrai que la voir plus souvent  
314 ça serait le top du top.

315 **E : D'accord. Ok. Et qu'est-ce que ça vous apporte le fait qu'elle intervienne vraiment sur le terrain au quotidien par**  
316 **rapport à juste des formations ponctuelles sur la manutention ?**

317 AS3 : Ba au moins on se sent rassuré, on se dit qu'elle va être là, qu'elle sera à côté de nous. Moi je trouve que c'est mieux de  
318 l'avoir vraiment au quotidien avec nous, parce qu'une formation ça va être par exemple une fois tous les 3 - 6 mois – un an, alors que là  
319 on sait que la semaine d'après on va la revoir et elle va peut-être nous réexpliquer un autre truc, où nous remontrer un geste qu'elle a fait  
320 la semaine dernière. Et puis une formation par exemple de 7 heures, vous avez 7 heures pour retenir les gestes qu'on vous a montré et  
321 on vous montrera pas les gestes avant 3 - 6 mois ou un an alors que vous vous rappelez plus exactement ou mettre tel pied, ou comment  
322 apporter tel ou tel confort à la personne. Ba là vous savez que la semaine d'après, l'ergo va être là et vous pourrez lui redemander.

323 **E : D'accord. Et est-ce que vous voyez au contraire, des limites à ce type d'intervention sur le terrain ?**

324 AS3 : Non je ne vois pas de limite. Après c'est vrai que ça dépend aussi, nous, comment on perçoit ces interventions. C'est sûr  
325 si on part du principe que voilà elle va encore nous dire « il faut améliorer ça, faire ça comme ci ». Si on est du genre à se dire « Ah bon  
326 ba elle me fait des reproches », ba on n'avance pas. A un moment il faut se dire aussi « c'est bénéfique pour nous, bénéfique pour le  
327 patient ». Donc moi je ne vois pas vraiment de limite. Je trouve que c'est important qu'elle soit là et tout conseil est bon à prendre.

328 **E : D'accord. Et du coup votre manière d'accompagner les résidents lors des transferts est-ce qu'elle a changé depuis que**  
329 **vous travaillez avec l'ergothérapeute ?**

330 AS3 : Heu, oui ! Il y a des choses qu'elle m'a expliqué, heu qui ont été bénéfiques pour les patients et pour moi mais aussi pour  
331 le confort, pour les installations pour tout ce qui va être les fauteuils ou autre. Heu comment mieux installer la personne au fauteuil ?  
332 Comment éviter qu'elle parte sur le côté droit ou sur le côté gauche ? Comment installer ses jambes ? C'est vrai que depuis qu'elle est  
333 là, on a vu la différence quand elle nous a expliqué comment mieux installer la personne au fauteuil. Par exemple pour le petit déjeuner,  
334 telle personne mieux la mettre dans ce sens-là, ça sera plus bénéfique pour elle. Et même pour les personnes alitées, par exemple les  
335 coussins de positionnements, c'est quelque chose qu'en formation aide-soignant on voit, allez 2-3 fois dans l'année, après même sur nos



336 lieux de stage, chaque soignant va le placer un peu différemment, alors que là elle nous a montré « il faut mieux faire comme ça  
337 pour telle pathologie, comme ça, comme ça, comme ça » et au final on voit la différence hein, vraiment.

338 **E : D'accord. Et votre façon de percevoir cette partie de votre travail, qui est l'aide au transfert, est-ce qu'elle a changé  
339 aussi depuis que l'ergothérapeute intervient auprès de vous ?**

340 AS3 : Heu oui, je trouve que depuis qu'elle est présente, c'est vachement moins compliqué. Et j'ai compris aussi pas mal de  
341 chose du coup je m'amuse à, enfin je prends ça comme un jeu, « ba telle personne pourquoi elle serait comme ça ? Bon ba on va essayer  
342 comme ça, bon ba on va peut-être la réinstaller un peu mieux comme ça ». Enfin moi honnêtement depuis qu'elle est présente, j'ai  
343 compris certaines choses, enfin pour l'installation de la personne surtout. Parce que installer une personne au fauteuil on peut se dire que  
344 c'est tout banal. On peut se dire qu'il suffit juste qu'elle ait les fesses bien au fond du fauteuil, mais non en fait il y a pleins de critères à  
345 prendre en compte. Et non c'est vrai que ça m'a permis de comprendre des choses depuis qu'elle est là. Et surtout le fait qu'elle soit  
346 présente ça rassure aussi. Et puis je sais que c'est une ergo qui part du principe que, par exemple il y a un monsieur qu'elle aimerait  
347 qu'on essaye de lever au lève-malade alors que nous actuellement on le fait en transfert à 2, ba la dernière fois elle m'a dit « non mais il  
348 faut aussi penser à votre dos, moi ça me dérangerait si vous vous faisiez tous mal alors que ce monsieur on pourrait peut-être trouver une  
349 autre solution, un peu plus simple et un peu plus adéquate. Et d'un côté ça rassure d'entendre des gens qui disent « je m'inquiète un peu  
350 pour vous aussi et aussi un peu pour le patient donc on va voir qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que ça soit plus efficace ».

351 **E : D'accord. Trouver un compromis.**

352 AS3 : Voilà.

353 **E : Ok. Heu du coup dans le cadre de mon mémoire j'ai fait des recherches bibliographiques et fait j'ai trouvé qu'il y  
354 avait certains critères fondamentaux qui devaient être respectés pour qu'une manutention soit de qualité.**

355 AS3 : Hum.

356 **E : Donc dans ces critères c'est que la manutention doit s'effectuer de manière efficace, préserver la santé et la sécurité  
357 du patient mais aussi celles du soignant. Donc c'est ce que vous venez de me dire.**

358 AS3 : Hum.

359 **E : Est-ce que vous pensez que travailler avec l'ergothérapeute ça vous a permis de répondre plus facilement à ces  
360 critères ? Je pense que vous m'avez déjà un peu répondu mais heu.**

361 AS3 : Oui je pense que l'ergothérapeute c'est un petit peu comme un petit ange sur notre épaule. En fait je pense qu'il faut penser,  
362 dans le sens que les 3 critères que vous avez dit c'est tout à fait ça, il faut penser à nous mais aussi il faut penser aux patients et je pense  
363 que le fait qu'il y est une ergo ça nous rappelle au quotidien, voilà ba que faut faire comme elle aimerait qu'on fasse. Et moi je trouve  
364 que c'est vraiment important et c'est tout, c'est tout.

365 **E : D'accord.**

366 AS3 : Non vraiment je pense que le métier d'ergo, certains vont ce dire « bon ba elle est juste là pour réparer les fauteuils ou faire  
367 de l'animation, ou pour trouver comment installer une personne ». Non je pense que c'est un métier qui a une charge de travail qui est  
368 quand même conséquente dans les EHPAD et surtout il faut qu'elle prenne en compte le fait que le personnel doit se sentir bien dans les  
369 transferts, en fait faut qu'elle fasse la balance entre le 50-50, il faut que ça soit bien pour le patient et pour le soignant. Donc je pense  
370 que c'est compliqué des fois de trouver le bon équilibre.

371 **E : D'accord. Donc vous pensez qu'elle vous aide à faire la part des choses entre l'aide pour le soignant et le patient.**

372 AS3 : Ah oui complètement.

373 **E : D'accord. Et bien je vous remercie, j'ai posé toutes mes questions.**

374 AS3 : Il n'y a pas de soucis.

375 **E : Mais peut-être que des éléments a m'apporté qu'on n'a pas abordé lors des précédentes questions ?**

376 AS3 : Non vraiment les questions étaient très bien faites, bien visées. Non je pense qu'on a fait le tour du sujet.

## ANNEXE XIII : Grille d'analyse entretiens ergothérapeute

Informations générales		E1	E2	E3
Date de l'entretien		31 /03	25/04	26/04
Description population accueillie sur son lieu de pratique	nombre résident	111 résidents	80 résidents	Capacité d'accueil de 100 résidents
	âge	de 62 à 65 ans	entre 70 à 104 ans	/
	pathologies	« 26 personnes en secteur fermé qui ont des troubles cognitifs, troubles du comportement, tout type de démence. 85 personnes sur le reste de l'établissement, avec des personnes qui ont des troubles cognitifs. » « Pas vraiment de pathologie, peut-être 2 ou 3 personnes qui ont fait des AVC, un ou 2 Parkinsoniens, plusieurs personnes qui ont des fractures du col du fémur »	Des démences légères à la sévères. Tout type de démence. un syndrome Parkinsonien, une pathologie de Steele-Richardson « et puis tous les classiques, les troubles visuels, moteurs, sensoriels, etc. »	sur 5 étages : « des personnes avec des démences qui sont localisées à un étage de l'établissement et on a un étage également avec les personnes un peu moins dépendante, qui sont un peu plus autonome pour ce qui est des actes de la vie quotidienne. » / « des dégénérescences liées à l'âge », « Il peut y avoir des traumatismes qui sont liés à des accidents anciens mais il n'y a pas rééducation spécialement, c'est plus des choses de l'ordre de la rééducation après une chute par exemple »
	niveau de dépendance	GIR de 1 à 5 dont une personne qui est en GIR 5 et une grosse proportion de GIR 1 et de GIR 2	GIR 1 au GIR 6 dont environ 60 % de GIR 1 et 2 une unité « pour les résidents qui présentent une grande dépendance, qui ont besoin d'une aide à l'alimentation »	« GIR 1 à 5 » « ça doit tourner autour de 2 – 3. » surtout
Expérience dans l'établissement		« Je suis là depuis mars 2013 » = 3 ans	1 an et 10 mois « j'ai commencé pendant 10 mois à mi-temps donc là c'était un petit peu dure d'être vraiment sur le terrain (...) C'est quand j'ai pu passer à plein temps donc ça fait plus d'un an »	« c'est mon premier emploi et j'ai commencé en février » = 3 mois
Type de contrat professionnel	Nombre de jours de présence sur l'établissement	temps complet « depuis mars 2013 »	« j'ai commencé à mi-temps et la psychomotricienne ayant lâché son mi-temps, la directrice m'a proposé un temps plein. »	Temps partiel : 2 journées par semaine : mardi et jeudi
	Mission en lien avec la manutention sur fiche de poste	Oui	Oui, « c'est dans mes missions d'accompagner au quotidien les aides-soignants, notamment sur les toilettes le matin, pour les toilettes thérapeutiques ou les toilettes évaluatives. »	« Dedans il y a avait « formations », il me semble, du personnel, mais ce n'était pas spécifié de manière stricte ces formations-là. »

Formations suivies en lien avec la manutention	-A fait formation de formatrice en manutention (avec le SIFAM) Manutention manuelle des malades » (revalidé l'année dernière) + GAPA  A commencée à former en 2002	Cours lors de sa formation initiale	Cours lors de sa formation initiale + a participé à des écoles du dos ou des suivis Restauration Fonctionnelle du Rachis lors de ses stages professionnels en SSR (adressés à des personnes qui souffraient des troubles musculo-squelettiques : « Éviter l'apparition de ces troubles en mettant en place des mesures de protection de son dos, comment faire les manipulations les plus adaptées par rapport à la personne avec qui on travaille, avec la résidente, stimuler la personne et de lui proposer de participer pour aider au transfert « Voilà c'est des choses que j'ai piqué à cette formation RFR parce que je trouvais que c'était tout à fait applicable à la prévention des troubles musculo-squelettiques sur le lieu du travail. »	
<b>EVALUATION DE L'APTITUDE DU RESIDENT A REALISER SON TRANSFERT</b>				
Modalités d'évaluation par l'ergothérapeute	Critères évalués Q8	Surtout <b>capacités physiques</b> Ce qu'elle est capable de faire « Quand je sais que la personne ne peut pas du tout tenir debout, c'est-à-dire quand je la vois au fauteuil par exemple, et que je vois qu'elle n'a pas de tonus du tronc, heu là je ne pose même pas de question c'est le moteur, c'est le lève-malade. »  possibilité de se tenir sur ses jambes, de pousser sur ses jambes, heu si elle comprend les consignes ou pas  « elle n'est pas encore prête au lève malade parce que ça lui rappelle l'hôpital » = <b>appréhension</b>  « elle a mal à l'épaule » = <b>douleur</b>	surtout les <b>capacités physiques</b>  <b>Risque de chute / fatigabilité,</b> l'extension fonctionnelle au niveau du membre supérieur <b>schéma moteur / capacités cognitives ou motrices</b>  « troubles cutanés, trophiques, la douleur, les amplitudes articulaires. On ne le fait pas en systématique hein, on ne va pas faire de la goniométrie sur les personnes âgées. On observe les amplitudes articulaires, un petit peu de façon générale »  <b>tonus musculaire</b> « est ce qu'il a l'appui »	<b>tonus de la personne, tenir debout, position des pieds, en appui au sol, si elle n'est pas désorientée, si elle comprend les informations, si elle les entend éventuellement. si elle n'a pas d'autres déficits, par exemple des déficits visuels, si elle n'a pas de limitation d'amplitude.</b>  si <b>peut participer au transfert</b> : si elle peut par exemple se tenir, si elle n'a pas d'appréhension au transfert, « si elle peut maintenir ses jambes en tension, en position debout, c'est qu'elle peut mieux participer à un transfert plutôt que si elle va lâcher les genoux. »  <b>antécédents de la personne</b>  <b>point de vue de la personne et si elle est angoissée</b>
	Moyens d'évaluation	« c'est beaucoup dans l'observation ! Après bon je connais aussi les dossiers »  « je fais comme si je ne la connaissais pas (...) je vais la solliciter, (...) et en fonction des réponses que me donne la personne, ba je vais adapter »  « Ce qu'on utilise en outil c'est la grille AGGIR mais après je heu, je n'utilise pas spécialement d'outil. », « avant, moi j'utilisais beaucoup le Pictogramme d'autonomie. Mais bon je ne l'utilise plus parce que (...) ce n'est pas regardé après. (...) je ne vois pas l'intérêt. »  « Ba on est obligé de tester aussi avec les résidents »	« c'est vraiment l'observation, plus les bilans à l'entrée du résident qui détermine ça » (l'aide à apporter)  <u>Outils d'évaluations</u> -des bilans validés. Le Get up and Go test, le Timed up and go test qui est chronométré, qui donnent déjà une indication par rapport au risque de chute + un test où la personne doit se lever 5 fois d'une chaise -des bilans maisons où observe le résident, lors de la toilette, lors de ses déplacements pour essayer de définir de quoi il a besoin comme aides techniques, s'il a besoin d'une aide humaine, s'il a besoin de temps de repos. -analyse du schéma moteur pour voir s'il a la capacité de se lever son fauteuil, s'il peut marcher	« les évaluations maisons et donc non cotées. Donc c'est vrai que je suis partie plutôt sur des évaluations de l'ordre d'observations. Voilà je prends en compte aussi les antécédents de la personne bien-sûr. Et puis je me base pas mal sur les mises en situations de toilette et d'habillage. Je trouve qu'elles représentent pas mal la personne dans la globalité, vu qu'on la voit pour ce qui est (...) de la station debout, de l'aide aux transferts, pour l'autonomie à la toilette et à l'habillage, (...) l'indépendance aussi pour tous les gestes (...) et c'est (...) assez reproductibles, parce que je ne suis pas là non plus très souvent et c'est quelque chose que je trouve plus facile à planifier dans une journée.» L'évaluation au transfert « peut soit être fait en même temps que cette évaluation de la toilette et de l'habillage et si je la trouve pas assez pertinente, pas assez représentative de la situation, on va faire plus particulièrement, si c'est vraiment la situation de transfert qui pose problème, on va faire des mises en situation spécifique de transfert, celles qui posent problèmes. »

<p>Modalités de la transmission du diagnostic ergothérapeutique aux aides-soignants (moyen et info transmises) :</p>	<p>Note dans dossier ergo informatisé du patient qui n'est accessible qu'aux infirmières : « ce qu'est capable de faire la personne »</p> <p>+Note dans les transmissions générales pour les AS : « <u>de quoi est capable la personne, si ça va être juste de l'aider, c'est-à-dire si on va juste solliciter la personne par exemple pour qu'elle vienne s'asseoir, ou si on utilise le déambulateur par exemple pour la mettre debout, ou si elle peut se tenir comme ça et s'il elle a la possibilité de se tenir sur ses jambes, de pousser sur ses jambes, heu si elle comprend les consignes ou pas</u> » + rappels sur des techniques qu'on aura vu en manutention = Capacités de la personne et indications sur la manière de l'accompagner</p>	<p>« directement par oral sur le terrain, ensuite par écrit sur le dossier informatique et enfin aux staffs (...). Si besoin de l'affichage en chambre mais on essaye de limiter en EHPAD parce que c'est un lieu de vie. »</p> <p>Dans bilans ergo</p> <p>« E : Ok. Et vous transmettez quelles informations du coup quand c'est comme ça ?</p> <p>E2 : Alors j'essaie de cibler vraiment que ce qui est purement ergo. Donc ça va être d'abord tout ce qui est motricité, donc la capacité de se lever, de s'asseoir, de réaliser ses transferts seul. Ensuite la réalisation des activités de vie quotidiennes : la toilette, la douche, l'habillage, le repas, pour certains la prise des médicaments, la réalisation des loisirs.</p> <p>E : Du coup en fait les capacités de transferts elles s'incluent dans toutes les activités de vie quotidiennes heu...</p> <p>E2 : Complètement, alors c'est là aussi l'intérêt de, moi je présente mes bilans à 2-3 niveaux » &gt;&gt;&gt; « D'abord une petite phrase sur tout ce qui est capacités analytiques, heu les amplitudes articulaires, musculaires et s'il a assez de tonus par exemple dans les quadriceps. Ensuite une ou 2 phrases au niveau fonctionnel : est-ce qu'il a l'appui, est-ce qu'il fait ses transferts, est-ce qu'il marche ? Une ou 2 phrases au niveau environnemental : heu qu'est-ce qu'il aime, est-ce qu'il arrive à réaliser ses activités ? Quelques conseils sur les adaptations d'activités, par exemple troubles visuels, nécessité d'augmenter la taille des polices pour la lecture, donc voilà ça peut être des petits conseils comme ça aussi. »</p>	<p>Compte-rendu de l'évaluation informatisé « qui prend en compte toutes les capacités de la personne, ses incapacités, tout ce que j'ai pu observer. Egalement tout ce que je te disais au niveau de capacités vraiment plus fonctionnelles. (...) et en conclusion je mets qu'est-ce qu'on peut apporter comme solution. Parfois ça peut être juste une adaptation comme comment se comporter avec la personne. (...) la rassurer, la guider dans les mouvements lors d'un transfert. »</p> <p>Puis transmission orale « je fais le point avec les équipes, mais une fois que j'ai fait cette transmission écrite par contre. », &gt;MAIS pas en réunion car « je n'aime pas trop parler de manière trop spécifique d'un résident dans une réunion. Je préfère aller voir l'équipe qui s'en occupe particulièrement, à l'étage, pour voir avec eux et faire le point »</p>
<p>Intérêt de la transmission de ce diagnostic pour les AS</p>	<p>« Si elles n'ont pas tout suivi (...) elles peuvent se référer à cette note »</p>	<p>« pour les aides-soignants, ça va être une facilitation de leur travail. En gros au lieu de leur mettre pleins d'aides-techniques on va plutôt venir sur des conseils d'accompagnement gestuel, postural. Heu c'est beaucoup plus facile pour un A-S d'aider une personne à faire un transfert avec une aide-technique que d'utiliser le lève-malade. Heu ça peut-être plus long, ça peut être compliqué à gérer au niveau des gestes et des postures. Si on met mal une sangle, on peut se faire mal au dos »</p>	<p>/</p>
<p>Efficacité du mode de transmission du diagnostic ergothérapeutique / Améliorations nécessaires</p>	<p>Pas complètement non efficace : « parce que toutes les soignantes ne regardent pas, soit parce qu'elles ne prennent pas le temps de lire parce que ça ne les intéresse pas plus que ça j'ai envie de dire, ou d'autres parce qu'elles n'ont pas forcément le temps de tout lire. »</p> <p>En parlant des consignes qu'elle a pu noter dans les transmissions : « si ma cible n'a pas été fermée, normalement elles peuvent me remettre des choses derrière. Mais si ça n'a pas été remis derrière pour dire que ça ne fonctionnait pas, et bien je ne peux pas réévaluer des choses. »</p>	<p>/</p>	<p>« j'ai une petite critique à faire avec le logiciel qu'on utilise. C'est que l'onglet « Paramédical » est à part des transmissions générales, ce qui fait que à moins que fasse, ce que je fais parfois mais j'avoue que ce n'est pas très fluide, à moins de faire un lien vers l'onglet en disant « je vous propose de lire le détail du compte rendu si vous le souhaitez dans l'onglet », parce que je pense que personne ne va cliquer sur l'onglet sinon, c'est un peu dommage. Il n'y a pas moyen d'avoir accès à ce compte-rendu si on ne va cliquer dans l'onglet spécifique « Paramédical Ergothérapie ».</p> <p>/Les bilans ergothérapeutiques : « Je ne pense pas qu'ils vont les lire très souvent. C'est quelque chose que je fais à l'oral. Je leur fais uniquement la conclusion souvent parce que le détail je l'ai mis parfois en lien » sur le logiciel</p>

EVALUATION DES ELEMENTS ENVIRONNEMENTAUX INFLUENÇANT LA PARTICIPATION DU RESIDENT LORS DES TRANSFERTS				
Eléments facilitateurs ou obstacles identifiés par les ergothérapeutes		<p>-Le temps laissé à la personne</p> <p>-L'espace de la chambre « elles sont plus ou moins spacieuses mais il y a quand même de la place pour que la personne puisse faire ».</p> <p>-Les aides techniques : « on essaye d'adapter le matériel en fonction des gens », « on essaye d'utiliser le matériel qui soit adéquat. C'est pas toujours le cas »</p> <p>-l'environnement social« Les soignantes sont quand même assez présentes, mais bon les résidents ils ont besoin d'être rassurer. »</p> <p>-L'Aménagement de l'environnement : veilleuse si c'est des personnes qui ne veulent pas déranger pour aller aux toilettes la nuit + « parfois on met toute la longueur du lit contre le mur justement parce que c'est rassurant, ou ça permet d'avoir plus de place dans le logement pour faire les transferts. »</p>	<p>Question pas bien comprise ! « L'organisation de l'espace sur une chambre elle est assez importante. Heu si on doit amener un fauteuil confort et accompagner le résident sur un transfert, il faut que l'espace soit bien organisé. »</p>	<p><u>Environnement matériel (dit spontanément à la question)</u></p> <p>-Le fauteuil roulant « c'est une aide technique finalement, heu je dirais que ça fait partie d'une aide environnementale parce qu'on peut demander à la personne de se tenir à l'accoudeur pour un transfert, pour participer. »</p> <p>-Les éléments fixes comme la cadre de lit « On propose à la personne de s'y tenir pour la rassurer mais aussi peut-être pour avoir un meilleur équilibre »</p> <p>-Les commodes, le cadre de lit sur lesquels on peut s'appuyer</p> <p>-Les adaptables « mais ça pour le coup c'est vraiment pas un appui préconisé. C'est plutôt un élément gênant dans l'environnement mais bon dans les transferts c'est quelque chose qui est souvent poussé pour éviter qu'il y ait tout risque justement de déséquilibre »</p> <p><u>Environnement social (dit après indicage)</u></p> <p>« très important de stimuler la personne dans un transfert, qu'elle soit complètement désorientée ou qu'elle ne semble pas répondre forcément aux stimulations (...) de l'informer de ce qu'on est en train de faire, quel que soit la situation de la personne, parce ce que même si elle ne comprend pas tout, si elle comprend une brbe des informations ça lui évite quand même d'être d'avantage angoissée ». J'estime même que pour le respect de la personne c'est normal de lui expliquer ce qu'on est en train de lui faire et d'autant plus si c'est une personne qui peut être stimulée et qui peut participer. La stimuler, ba parfois ça peut être un indice oral, lui proposer de s'accrocher à la personne qui va la prendre avec elle pour un transfert. (...) si elles sont bien englobées, maintenues par la personne en qui elles ont confiance, qu'elles peuvent s'agripper pour se rassurer plutôt que d'avoir les mains dans le vide (...)</p> <p>« C'est un aidant qui applique sa méthode, avec cette résidente-là, qui va lui parler beaucoup, alors qu'une autre aidante elle lui aura parlé beaucoup moins par exemple. Et oui ça peut dépendre aussi de la personne en face » + « les affinités »</p>
Prise en compte de l'environnement dans l'évaluation de	Oui / Non		« complètement, il y a effectivement une évaluation des capacités propres du résident, après le rôle de l'ergo c'est de voir l'évolution du résident dans son environnement. Donc effectivement l'étude de l'environnement va être très importante. Ba je te parlais surtout de l'organisation de la chambre par exemple. »	Oui
l'aptitude du résident à réaliser ses transferts	Si oui comment	<p>« des fois ça m'arrive de déménager une table de nuit, le temps du transfert pour pouvoir bien positionner le fauteuil »</p> <p>« Des fois les personnes n'ont plus vraiment d'appui mais elles arrivent quand même à faire les transferts sans utiliser du matériel donc moi je me bats un petit peu là-dessus, pour que ça fonctionne quand même. » = se bat pour que les AS utilise le matériel adéquat ou n'en utilise pas quand ce n'est pas nécessaire</p>		Concernant tous les critères évalués sur les capacités de la personne « j'essaye de tenir compte de tous ces critères là pour faire en sorte que ça soit le plus proche de la situation de la personne, de ce qui est peut être problématique pour elle ou pour un soignant dans un transfert. Qu'est-ce qu'on pourrait amener comme aides-techniques éventuelles qui pourraient faciliter la démarche de transferts ? Est-ce que l'aide-technique actuellement utilisée est pertinente ou est-ce qu'on peut la modifier ? Voilà

				<p>trouver une adaptation et adapter peut-être également l'environnement si jamais c'est ce qui pose problème. »</p> <p>« Ba c'est sûr que l'évaluation c'est à un moment T (...) ça peut dépendre aussi de la personne en face mais bon quand je fais une évaluation j'essaie de tenir compte de la situation telle que je l'observe. Et en constatant que la personne sera rassurée, par exemple, quand on lui parle beaucoup, c'est quelque chose que je vais notifier de toute façon. En conclusion »</p> <p>« Et si la personne a été très angoissée durant une toilette alors qu'on lui parlait beaucoup, qu'on lui expliquait pleins de choses, ba après ça peut dépendre aussi de si c'était un jour où elle était très angoissée de base, donc c'est pour ça que c'est important d'en discuter avec les soignants qui la connaissent au quotidien. Heu est-ce que c'était parce que c'était une soignante avec qui elle n'est pas à l'aise aussi ? Ça les soignants s'en rendent compte en fonction de si ça se passe mieux avec une collègue qu'avec elles. »</p> <p>« Quand je fais un compte rendu par exemple d'évaluation de toilette, je notifie tout ce que j'ai observé. Et j'essaie de faire le point en regroupant toutes les informations recueillies auprès des soignants, dans le dossier médical de la personne aussi, de tous ses antécédents qui pourraient justifier cette situation, enfin ça peut-être aussi ses oscillements psychologiques par exemple. Tout ça j'essaie d'en tenir compte pour faire une conclusion qui prenne en compte la situation observée le jour-même mais également prise dans la globalité de la personne dans son quotidien. » = fait vraiment le lien entre toutes les informations recueillies</p>
--	--	--	--	--

MOYENS DE FAVORISER LA PARTICIPATION DU RESIDENT LORS DES TRANSFERTS			
Intérêt perçu par l'ergothérapeute	<p>« garder le maximum de temps leur autonomie, heu au niveau moteur c'est quand même important. Et puis pour les soignantes, de voir que les gens sont encore capables de faire des choses, c'est aussi important. (...) C'est-à-dire qu'on va essayer de garder un maximum de d'indépendance au transfert en les faisant participer. Pour le soignant ça sera plus facile et avec moins de risque pour le résident. »</p> <p>-Evite l'agressivité des résidents « Leur laisser le temps c'est leur montrer qu'ils sont encore en capacité de faire, en capacité de décider et que ce sont encore des personnes à part entière. Quand on fait à leur place (...) ils n'ont plus de place. Et si ils veulent avoir cette place-là et qu'on ne les écoute pas, ba le seul moyen pour eux de se faire un peu entendre c'est l'agressivité. Donc c'est aussi un moyen d'apaiser des troubles, certains troubles des comportements hein, pas tous évidemment.</p>	<p>« Un résident qu'on va stimuler dès son entrée, par des choses aussi simple que se lever, faire un transfert fauteuil, (...) c'est un résident qui va éviter la grabatisation. »</p> <p>Alors que si pas de stimulation provoque « une baisse du tonus, une baisse de la volonté de bouger » du résident</p> <p>« Après on peut parler des répercussions du maintien des capacités. Effectivement plus on va maintenir les capacités du résident par des petites choses comme ça, plus ça va favoriser la participation sur les activités de loisirs, d'animation, les choses comme ça.</p> <p>« l'intérêt principal c'est éviter la grabatisation (...) Après oui l'effet indirect il est pour les salariés »</p>	<p><u>Éléments apportés avant la question :</u></p> <p>« lui proposer de participer, d'aider les soignants parce qu'au bout d'un moment en tant que soignant on s'épuise »</p> <p>« le fait de le stimuler à participer au transfert, pour le coup ouai je trouve que ça concerne surtout le résident. Un peu moins le soignant mais quand même un petit peu parce que (...) ça peut vraiment faciliter un transfert »</p> <p>« je trouve c'est important de faire toujours le point avec l'équipe et avec les résidents sur comment on peut les stimuler pour éviter qu'ils soient passifs tout simplement dans les soins. C'est quand même une unité de confort et je trouve que ça fait partie du confort également de leur permettre de participer dans le quotidien »</p> <p>(Exemple d'une personne aphasique que l'équipe a beaucoup de mal à comprendre et qui du coup a des difficultés à la faire participer : « Et heu ba je trouve ça dommage en même temps de ne pas la stimuler parce que si</p>

		-Evite l'apparition de douleur « quand une personne est douloureuse chronique (...) si on lui laisse le temps de faire par elle-même, elle va trouver un moyen de faire sans se faire trop mal, si nous on intervient et si on ne fait pas attention on de grande chose de faire mal à la personne »		<p>elle n'a pas d'interlocuteur pour essayer de trouver des marqueurs qui permettent de se faire comprendre et bien elle ne se fera pas comprendre. Parce qu'elle a une orthophoniste qui vient mais pas très souvent. Elle ne peut pas être là tous les jours bien-sûr donc il faut que ça soit suivi par l'équipe aussi. » = Nécessité que toute l'équipe s'implique pour que la résident puisse progresser, participer)</p> <p><u>Eléments cités lors de la question correspondante :</u></p> <p>« C'est des petites choses mais c'est important de ne pas laisser le résident toujours passif, le laisser subir les situations »  « c'est très important pour éviter leur perte d'autonomie, toujours de les stimuler dans le quotidien de toute façon, dans toutes les situations possibles, d'autant plus dans les transferts où ça peut être angoissant pour eux de se laisser manipuler » = évite angoisse, pour se rassurer</p> <p>(« c'est un peu triste à dire, mais c'est vrai que généralement la journée est assez tranquille pour eux. (...) même s'ils y a des activités qui sont proposées, la plupart du temps c'est relativement calme quand même dans les étages; et c'est dommage de ne pas profiter des moments où il y a des soignants (...) qui peuvent interagir avec eux, de ne pas leur proposer de participer, de ne pas les stimuler à cette occasion-là. » )</p>
Difficultés rencontrées par les aidés-soignants pour faire participer le résident	Oui/ Non	Oui	« Heu pas du tout. Il y en a avec lesquels c'est un peu plus difficile, qui cèdent entre guillemets à la facilité. Après j'ai la chance d'avoir des équipes qui sont extrêmement ancienne sur la structure, qui connaissent très bien leur métier »	Oui
	Si oui, raison	<p>« Oui parce les soignantes (...) prennent très vite le pli de « faire à la place de ». (...) quand on essaye de participer, il faut attendre que la personne commence à faire, que la personne soit en capacité de comprendre, il faut leur laisser le temps de faire, et ça c'est très difficile, et les soignantes ont beaucoup de peine à attendre et commencent à faire les mouvements pour pouvoir les aider. Ça s'est tout un apprentissage »</p> <p>« à mon avis dès leur formation, comme elles vont en stage heu, surtout à l'hôpital, il faut aller vite. Elles n'ont pas le temps donc elles vont vite. Donc, on ne laisse pas le temps aux gens de faire par eux-mêmes. Les gens qui sont grabataires, qui ont un problème de compréhension, on ne va prendre le temps, on va faire à leur place. On ne va même pas se poser la question de savoir si la personne est capable de se tenir debout à l'hôpital parfois. Et du coup, en fait, ils sont formatés dans un truc comme ça et ils oublient de demander à la personne et d'attendre qu'elle commence à faire le mouvement »</p>	<p>« moi ça fait 2 ans que je suis sur la structure, mais il y avait une ergo aussi avant. Ils ont, grâce aux interventions des ergos je pense, acquis plus de technique. Ils vont peut-être moins me solliciter pour des choses, par exemple des prises en charge de syndrome post-chute qui sont des trucs pas évidents. Heu maintenant les aides-soignants sont formés et ça s'il y a un syndrome post-chute, ils savent comment le prendre. Voilà ils ne vont tirer sur les bras du résident, ils favorisent plutôt un environnement sécurisant, ils vont connaître des techniques gestuelles pour permettre aux résidents de se lever. Heu alors que quelqu'un qui est en syndrome post-chute c'est assez dur de le rattraper. Voilà donc moi je suis plutôt content parce qu'il y a des A-S qui ont vraiment bien retenus tous les conseils qu'ils ont vu durant leur carrière et qui n'hésitent pas à m'interpeller quand ils sont un peu en difficulté. »</p>	<p>Manque de temps : « Je ne blâme pas les soignants parce que je sais très bien qu'ils ont des situations où il faut aller vite mais ça ne prend pas beaucoup plus de temps non plus de prévenir les résidents de la manipulation qu'on va faire, dans quelle direction, pourquoi, etc. (...) pour qu'ils n'apprennent pas d'être porté sans savoir où ils vont. Bon je ne dis pas que tous les soignants font ça bien-sûr, la plupart préviennent, ils sont bienveillants mais quand même toujours inciter le résident à aider s'il peut »</p> <p>« Oui le manque de temps et puis par moment le fait de, si le patient n'est pas très réactif aux stimulations, de ne pas forcément pousser plus loin. (...)la plupart continue quand même de solliciter la personne même si elle n'est pas forcément réactive mais bon ça peut arriver qu'ils la stimulent une fois mais que après « Bon d'accord elle ne veut pas donc on laisse tomber ». Mais c'est quand même dommage. Parfois il y a des personnes qui ont besoin de plus de stimulus que d'autres (...),c'est simplement parce qu'elles sont quand même très endormies parfois, très fatiguées donc qui ont beaucoup de mal à sortir de cet état de fatigue. »</p> <p>« Le manque de temps et aussi un peu de démotivation face à un manque de réaction des résidents.</p>

				E3 : Voilà c'est ça aussi et puis par moment des personnes aussi qui sont aphasiques par exemple, on en a également des personnes après AVC qui ont des aphasies, où le fait de les stimuler ça va les inciter à participer mais on ne comprend pas ce qu'elles veulent dire. (...) Elle a conscience qu'on ne comprend pas ce qu'elle veut dire, c'est quelque chose qui l'attriste beaucoup et dans ce sens-là il faut non seulement la stimuler mais aussi la rassurer, rester avec elle et ça c'est pas toujours faisable, je le conçois bien sûr. Pourtant il faut continuer à la stimuler, essayer de comprendre et essayer de travailler en équipe. » = les soignants font peu participer cette dame car sont en difficultés pour la comprendre
Moyens à la portée de l'ergothérapeute pour aider les aides-soignants à pallier à ces difficultés	<p>« Ah oui oui je leur explique et je leur montre. Pour cette dame j'y suis allée plusieurs fois le soir au moment du couché parce que c'était vraiment problématique » (leur explique et leur montre l'intérêt de prendre le temps pour éviter l'agressivité des résidents)</p> <p>« Des fois les personnes n'ont plus vraiment d'appui mais elles arrivent quand même à faire les transferts sans utiliser du matériel donc moi je me bats un petit peu là-dessus, pour que ça fonctionne quand même. »</p> <p>Elle insiste sur l'importance de prendre le temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;d'expliquer aux résidents tout ce qui va leur être fait</li> <li>&gt;pour leur laisser la possibilité de faire par eux-mêmes « j'essaye d'aller à leur vitesse pour leur montrer un peu les choses. Parfois je prends plus de temps, quand c'est nécessaire. Heu par exemple pour un Monsieur Parkinsonien, j'ai pris beaucoup plus de temps parce que lui il lui fallait du temps, et je leur ai montré qu'avec du temps il pouvait faire. », « ça a été un travail de longue haleine pour arriver à ça. »</li> </ul>	« on peut mettre en place des venues régulières. Là je pense à une dame que j'ai été voir pendant 3 mois, tous les matins, pour faire ses transferts, parce que c'est une dame qui reprenait des capacités motrices et qui pouvait à nouveau se lever et faire son transfert sur le fauteuil. Donc là les aides-soignants qui se sentaient un peu en galère et à qui ça prend du temps aussi hein, il a cette notion de temps qui est très importante, les A-S ils sont très speed le matin donc du coup le thérapeute se détache pour ce genre de prise en charge spécifique. »	Si on me rapporte une situation je vais essayer de voir ce que je peux faire avec la personne et avec les soignants. Et parfois c'est des situations que je constate en intervenant auprès de la personne pour autre chose. Je me dis « tiens c'est quand même dommage de ne pas davantage stimuler la personne parce que je ne peux pas être tout le temps-là ». C'est l'équipe soignante qui peut être à même de, parfois c'est pas beaucoup, mais simplement à chaque fois qu'elle vient la voir, de stimuler la personne, de l'inciter à participer pour un transfert, à parler ou à marcher un peu. Enfin je pense par exemple à une autre dame où à chaque fois que je venais la voir elle me demandait à marcher dans la chambre car elle ne marchait pas sinon dans la journée. Donc je trouvais ça un peu dommage, il suffirait que de temps en temps qu'un soignant lui propose de marcher, parce que je pense qu'elle avait peur aussi de demander aux soignants. Ouai c'est quelque chose que j'ai constaté parce que c'était une dame qui avait les capacités mais qui avait peur et qui du coup ne demandait pas à marcher. C'est parce que j'ai insisté une fois qu'elle a bien voulu et qu'ensuite elle me l'a redemandé. Ça c'est bien passé mais elle avait quand même pas mal d'appréhension et voilà dans ce sens-là j'ai essayé de voir avec l'équipe pour qu'ils lui proposent également de faire des moments de marche et un peu de déambulation dans la chambre. (...) Donc il faut doser, voir en fonction des personnes, des équipes ce qu'on peut mettre en place. Mais oui je trouve c'est important de faire toujours le point avec l'équipe et avec les résidents sur comment on peut les stimuler pour éviter qu'ils soient passifs tout simplement dans les soins. »	
Interventions possibles de l'ergothérapeute pour limiter les restrictions de participation liées à l'environnement	« une personne qui est capable de décider de ce qu'elle veut, quand elle refuse l'aide technique, même si c'est facilitateur pour tout le monde, heu ba il faut trouver d'autres solutions. », « on est obligé de tester aussi avec les résidents. », exemple d'une résidente qui n'est pas encore prête à ce qu'on la lève-malade parce que ça lui rappelle l'hôpital alors que ça semble être la meilleure solution pour elle : « Donc il va y avoir tout un travail à faire avec elle par rapport à l'acceptation des aides-techniques » >> « un travail, ba voilà de lui montrer les bienfaits,(...). C'est par des négociations, des explications, d'essayer par d'autres aides techniques. » → Le choix et la mise en place d'une AT n'est pas toujours simple, l'ergo aide à trouver des solutions adaptées en faisant plusieurs essais avec le résident, peut permettre notamment l'acceptation d'une aide technique	« Après au niveau de l'ergo, c'est bien d'accompagner l'aide-soignant pendant un temps. (...) ça ne sert à rien de travailler seul avec un résident, du moins sur le long terme. On peut commencer seul mais très rapidement il faudra intégrer l'aide-soignant pour qu'il acquière la technique et puisse se débrouiller seul par la suite. Notre rôle c'est un petit peu de transmettre finalement, les connaissances, le savoir et la technique ergo pour que les aides-soignants est les clefs nécessaires pour se débrouiller. »	Intervient « au niveau de l'aménagement de l'environnement par exemple. Voilà en fonction de la personne, de comment elle préfère organiser les choses, comment elle se sent mieux dans son environnement, lui permettre d'avoir à proximité les choses auxquelles elle veut accéder facilement, heu enfin en fonction de si c'est une personne qui va beaucoup se lever, déambuler dans sa chambre, adapter l'organisation de l'espace pour éviter qu'elle ne chute. Lui permettre d'avoir des appuis facilités si jamais c'est une personne qui en a besoin. Heu éventuellement la mise en place d'une chaise pot par éviter d'aller à chaque fois jusqu'aux toilettes si c'est une personne qui le désire. Enfin voilà des petites choses comme ça qui sont des constats, quand moi j'ai discuté avec la personne ou quand les équipes me disent « ba là peut-être que ça serait pas mal de mettre en place ça, qu'est-ce que tu en penses ? ». Voilà des constats au fur et à mesure, en fonction de comment la personne s'adapte à la vie ici, des besoins qu'elle peut	
		Pas de conseils d'aménagement dans les conclusions de bilans qui sont « plus sur des conseils, des techniques de manutention pures		



	<p>Entraînements aux transferts individuel ou collectif qui peut se faire en collaboration avec le kinésithérapeute : « j'ai des gens qui m'ont en prescription pour des groupes d'activités physiques, heu le travail de l'équilibre (...) c'est de, de voilà, de faire 2-3 petits exercices sur le travail des transferts. (...) C'est tout un travail d'approche en fait, pour montrer quelles sont les possibilités ou pas. »</p> <p>« Heu ba en général ça les réglent pendant un certain temps. (...)des fois ou ça fonctionne moins bien. Heu des fois c'est à réévaluer très rapidement parce que c'est une période où le résident concerné est dans une phase évolutive, heu plus ou moins rapide. Des fois il y a des pertes d'autonomie qui sont très rapides. Donc voilà, il faut s'adapter continuellement. »</p>	<p>et dures plutôt que sur l'aménagement de chambre » &gt;&gt; l'ergo fait parfois des aménagements en chambre et en informe seulement les AS dans les transmissions</p>	<p>émettre, qui évoluent en fonction de la durée de son séjour, parce que c'est quand même des longues durées. » « ça peut être des conseils ou alors l'aménagement directement dans la chambre. Je vois avec la personne en fonction de ce qu'elle a envie, de ce qu'elle a besoin et oui c'est soit ça, soit j'apporte du matériel, enfin je gère le matériel en sous-sol, donc si besoin j'en amène en fonction des demandes ou de ce que j'ai pu constater avec la personne. »</p>
<b>ACTIONS DE L'ERGOTHERAPEUTE SUR LE TERRAIN</b>			
<p>Descriptions générales de l'ensemble des actions mises en place par l'ergothérapeute auprès des aides-soignants en lien avec la manutention des résidents</p>	<p><b>Fait des formations</b> par niveau sur une journée, par groupe de 4 ou 5 soignantes, qui abordent les gestes qui se font le plus souvent dans l'établissement (un groupe par mois depuis 2 ans et demi)</p> <p>« là je suis en train de terminer le deuxième niveau avec les dernières soignantes qui n'ont pas été formées »</p> <p>+ intervient tous les mercredi matin lors des levers/toilette et parfois le jeudi soir lors des couchers pour accompagner les aides-soignantes lors des situations où elles sont en difficultés. « Je revois avec elle, je réévalue, je leur donne des consignes, des conseils. »</p> <p>+ « quand il y a des nouveaux arrivants, comme on ne sait pas trop comment faire, je vais faire une évaluation et je leur donne les consignes »</p> <p><u>Durée</u> : entre 15 et 30 minutes en fonction des résidents « j'essaie de ne pas prendre trop temps parce qu'elles sont limitées au niveau du temps (...) j'essaie d'aller à leur vitesse pour leur montrer un peu les choses. Parfois je prends plus de temps, quand c'est nécessaire » pour montrer que le résident peut faire avec du temps par exemple</p> <p><u>Depuis quand</u> : « 8 mois » avant « ce n'était pas organisé, c'était très ponctuel, vraiment sur demande. »</p> <p><u>Auprès de quels professionnels ?</u> infirmières, aides-soignantes, et AMP</p> <p><u>Modalités d'interpellation de l'ergothérapeute par les AS lors de situations problématiques</u> -Les AS l'appellent dans son bureau ou l'interpelle quand la croisent dans les couloirs + en parlent en staff Rq : l'ergo intervient parfois spontanément sans avoir été sollicité si observe une situation problématique</p>	<p>« le matin je suis vraiment dédié aux aides-soignants, aux manutentions, aux toilettes »</p> <p>Fait le « tour des services » tous les matins entre 9h30 et 11h30 : « je passe voir chaque aide-soignant (il y en a 8) de chaque étage, pour vérifier s'ils ont des soucis de matériel, de résident, si tout fonctionne bien en gros pour les toilettes, et si ils ont besoins je me détache spécifiquement pour une toilette. »</p> <p>« si ils ont besoins je me détache spécifiquement pour une toilette » ou des « venues régulières »</p> <p>Réalise des toilettes (rè) évaluatives dans lesquelles sont incluses les évaluations de transferts : « une évaluation systématique qui est faite à l'entrée du résident et au moins une fois par an pour la réécriture du projet personnalisé. Ça peut être fait un petit peu plus si il y a une baisse des capacités, s'il y a un grand changement dans la vie du résident »</p> <p><u>Depuis quand ?</u> « C'est quand j'ai pu passer à plein temps donc ça fait plus d'un an »</p> <p><u>Auprès de quels professionnels ?</u> les AS et parfois les infirmiers « quand il y a de l'opposition aux soins, mais ça c'est plus trop du rôle de l'ergo, ça c'est plus de la psychomot. Heu il n'y a plus de psychomot donc du coup c'est moi qu'ils appellent. »</p> <p><u>Modalités d'interpellation de l'ergothérapeute par les AS lors de situations problématiques</u> : « tous les matins quand je passe dans le service ou sinon à 11h30 pour le staff. »</p>	<p>A fait 1 formation théorique qui a été dispensé il n'y a pas très longtemps sur les 2 roulements d'équipes, ciblée sur la prévention des TMS : connaître son dos, comment le protéger (après avoir pris connaissance des problématiques de terrain)</p> <p>Des interventions sur le terrain lors de situations problématiques (sur sollicitation des soignants ou quand constat de difficultés par l'ergo à l'occasion de toilettes)</p> <p>« soit pour constater la situation actuelle, soit pour mettre en place l'essai d'une nouvelle méthode, une nouvelle aide technique qui pourrait être plus adaptée »</p> <p>« ils pouvaient me poser la question sur qu'est-ce qu'on pouvait mettre en place pour soulager ou des évaluations de toilettes également. Pendant les évaluations de toilettes, ce n'est pas forcément des soignants qui remarquaient quelque chose qui étaient difficile mais peut-être heu, voilà en faisant une évaluation j'ai pu constater par exemple qu'il y avait un résident qui avait du mal »</p> <p>« comme je suis arrivée ici après une certaine période où il n'y a pas eu d'ergothérapeute à l'établissement, j'ai essayé de faire le lien avec les soignants pour qu'ils n'hésitent pas à me solliciter si il avait un problème vraiment ciblé avec une personne qui leur posait problème pour un transfert, pour une toilette qui est compliquée. »</p> <p>« on va planifier un horaire (...) c'est à un moment de la journée où c'est logique aussi pour le résident d'aller au lit. Par exemple c'est au moment de sa sieste. »</p> <p><u>Durée</u> : « quand on fait une mise en situation de manutention ce serait quelque chose comme ouai plutôt une demi-heure pour être sûr de tout prendre en compte. », « parce qu'on prend le temps de discuter, que ça soit</p>

			<p>avec la personne, avec le personnel soignant aussi pour que tout le monde puisse donner son avis. ».</p> <p><u>Après de quels professionnels ?</u> aides-soignantes, auxiliaires de vie, infirmières aussi</p> <p><u>Depuis quand</u> « c'est mon premier emploi ici et j'ai commencé en février. Et les conseils en manutention sont arrivés relativement vite parce que finalement c'était en allant sur le terrain, en allant rencontrer les résidents aussi. (...) C'est au tout début je dirais peut-être, ouai même quasiment dans le premier mois, où j'ai commencé à faire des évaluations de toilette, à voir les personnes dans le quotidien, dans leur chambre, comment elles se débrouillaient, que j'ai pu constater des situations comme ça. Dès le tout début finalement il y avait des conseils, un petit mieux à apporter pour la personne. »</p> <p><u>Modalités d'interpellation de l'ergothérapeute par les AS lors de situations problématiques :</u> « Parfois c'est des soignants qui me parlent d'un résident avec lequel le transfert n'est pas évident » « comme je suis là que 2 jours par semaine, soit ils me laissent un mot dans le logiciel pour pouvoir me dire « telle situation est problématique, on aurait besoin que tu passes pour voir ce que tu peux faire », soit c'est quand je passe dans les couloirs,(...) ou sinon voilà en relève et puis éventuellement si j'assiste à un transfert et que je trouve que le transfert n'est pas idéal, dans ces cas-là je dis « Bon ba on va revoir ça et on va essayer de trouver une solution »</p>	
Conseils donnés aux AS	Types de conseils	<p><b>Rappel régulier sur les aides techniques présentes dans le service (36-37)</b> « j'essaye de leur montrer l'utilisation des différentes aides techniques mais bon ça prend du temps tout ça. C'est des choses quand elles ne les utilisent pas, elles oublient. Donc régulièrement j'essaye de leur remontrer, ou quand je les vois les utiliser, je regarde si ça se passe bien ou si elles peuvent améliorer des choses pour éviter de se faire mal et éviter de faire mal aux gens. »</p> <p>Quelques conseils et rappels sur l'utilisation des fauteuils &gt;&gt; exemple : « Comment positionner les petites roues avant aussi, pour éviter les chutes si la personne se penche en avant sur ses repose pieds » + Mais aussi de prendre le temps de bien positionner le matériel de transfert « bien visualiser les choses pour pouvoir mettre dans une position aidante »</p> <p>Donne 2 ou 3 techniques GAPA par mouvements lors des formations et est amené à les rappeler au quotidien,</p> <p>Donne des techniques aussi par rapport à l'habillage ou au déshabillage « Si on fait participer la personne à l'habillage, on va penser à la faire participer aux transferts. »</p>	<p>« ça sera vraiment la manipulation du fauteuil. Donc le fauteuil standard, c'est tout ce qui est utilisation ba de la sécurité, des freins, des cales-pieds, heu escamoter les accoudoirs. Et pour le fauteuil confort, c'est tout ce qui est intérêt des réglages pour faciliter le transfert, la bascule d'assise, le dossier, l'ouverture des cales-pieds »</p> <p>«notamment pour les résidents qui présentent une démence Alzheimer pour qui la compréhension, l'expression, les pratiques ne seront pas forcément très bonnes. « donc on ne va pas passer par une explication verbale. On ne va pas expliquer aux résidents comment faire pour se lever (...) On va plutôt utiliser des conseils gestuels, de la guidance gestuelle. On ne va rien dire aux résidents. On va juste positionner ses membres d'une certaine façon pour que ça déclenche un schéma moteur qui est ancré dans la mémoire. »</p> <p>Rappel/ explication sur les conséquences des pathologies : « parce que des fois aussi les soignants ne sont pas, pas trop au fait des pathologies. Donc on leur rappelle un petit peu ce qu'est la</p>	<p>Invite les soignants à la solliciter « Pour toutes les situations comme ça qui se révélaient problématiques où ils étaient gênés par, je ne sais pas, l'environnement avec l'apport d'une aide technique qui les gênait au niveau manque de place et qui justifiait qu'ils ne l'utilisaient pas. Parfois c'est des choses comme ça ou le manque de temps. »</p> <p>«je fais vraiment un compte-rendu texte où je notifie toutes ces informations-là et en conclusion je mets qu'est-ce qu'on peut apporter comme solution. Parfois ça peut être juste une adaptation comme comment se comporter avec la personne. Si c'est vraiment une personne qui se débrouille très bien mais qui a beaucoup d'angoisse, parfois ça peut-être suffire de juste davantage la rassurer, la guider dans les mouvements lors d'un transfert. Ça peut-être (...) simplement l'aider à se stabiliser et faciliter une situation. » (3) et « Lui parler beaucoup, lui expliquer ce qu'on fait, lui proposer de participer ou au contraire détourner son attention. Peut-être que c'est quelque chose qui va lui permettre d'être plus à l'aise pendant un soin qui l'angoisse. Ça dépend vraiment de la personne. »</p> <p>« Souvent on me dit « il y a un fauteuil qui est cassé ». Je vais allée voir ça mais généralement c'est juste à revisser. Bon je sais très bien que dans les</p>

	<p>Insiste sur l'importance de signaler au résident et au collègue le signal de départ lors de manutention réalisé en binôme, car les AS ont tendance à l'oublier, « ils peinent à donner les ordres »</p>	<p>pathologie, ce qu'elle induit, heu ce que ça va créer comme dégradations cognitives, comme dégradations motrices. »</p> <p>Aide à s'adapter aux changements des capacités des résidents « Des fois quand il y a des dégradations, on accompagne les aides-soignants pour se réhabituer, pour avoir des nouvelles habitudes sur les transferts, pour se baser vraiment sur les capacités préservées. »</p>	<p>maisons de type EHPAD c'est souvent des interventions qu'on est amené à faire et c'est normal parce que c'est du maintien de matériel, mais c'est des petites choses donc je leur explique toujours ce que j'ai fait, où était le souci et je leur montre ce qu'il y a faire si ça rebouge, etc. J'essaie de les sensibiliser à tout ça » + « quand je parle de l'utilisation du matériel, heu il faut savoir l'utiliser de manière optimale et parfois ce qui pêche c'est la reproductibilité des actes de transferts dans l'utilisation optimum du matériel »</p> <p>= leur apprend à faire des réglages simples de matériels et à l'utiliser car : « C'est quelque chose qui est fait quotidiennement, on n'a pas un matériel adapté pour chaque personne, mais c'est du matériel qui peut s'adapter aux personnes, parfois par des petits réglages et je pense que parfois ça ce n'est pas toujours fait et en tant qu'ergo on ne peut pas courir partout pour vérifier que tout est utilisé de manière optimale. Et parfois ça peut justifier qu'ils n'utilisent pas un matériel d'aide au transfert parce que l'adaptation de l'outil lui-même n'est pas forcément optimisée. »</p>
Modalités de leur transmission	<p>« j'essaie de voir avec elles comment on peut faire pour que ça soit le mieux possible. Donc je propose des actions ou je leur montre des techniques et je vois avec elles si c'est possible pour elles de faire comme ça. »</p> <p>« C'est quand je les vois dans le service, quand elles font. Je vais aller les voir pour leur redire. En général je me base sur des choses qu'on a vu avec elles en formation et je leur remontre sur le terrain. »</p> <p>« Des fois je vais leur demander de me montrer et puis je vais leur remonter après en leur disant « Voilà en faisant comme ça là ça va aller ». Ou moi je leur montre « la personne était dans cette position là et vous avez fait ça mais par contre si vous aviez fait comme ça, ça aurait été plus facile ». Ça dépend de qui c'est que j'ai en face de moi en fait aussi. Je m'adapte. En fonction de ce qu'elles savent déjà ou des erreurs, enfin de comment elles ont fait, et je vais leur proposer des manières différentes. Ou quand c'est des rehaussements au fauteuil, quand on le fait à 2, ba je me mets avec une, pour montrer, et c'est moi qui donne les ordres. »</p>	<p>« Ça va vraiment dépendre des cas. J'essaie vraiment de multiplier mes moyens de communication. Donc vraiment important être sur le terrain avec l'aide-soignant, lui montrer, faire avec lui, ensuite qu'il y est une trace écrite, heu avec une qualité aussi d'écrit parce que c'est important que l'écrit soit assez court, synthétique et précis. »</p> <p><u>Un bilan écrit et structuré</u> « D'abord une petite phrase sur tout ce qui est capacités analytiques, heu les amplitudes articulaires, musculaires et s'il a assez de tonus par exemple dans les quadriceps. Ensuite une ou 2 phrases au niveau fonctionnel : est-ce qu'il a l'appui, est-ce qu'il fait ses transferts, est-ce qu'il marche ? Une ou 2 phrases au niveau environnemental : heu qu'est-ce qu'il aime, est-ce qu'il arrive à réaliser ses activités ? Quelques conseils sur les adaptations d'activités»</p> <p><u>Et des transmissions courtes aux aides-soignants</u></p>	<p>« je propose une solution que je pourrais apporter, parce que voilà dans notre formation d'ergothérapeute, on connaît plusieurs méthodes d'aides techniques, de manutention, des choses qui peuvent être plus ergonomiques, qui peuvent être plus adaptées dans toutes les situations qui peuvent exister »</p> <p>« je fonctionne par essai aussi, je ne pense pas qu'on est une solution toute faite à chaque situation. Il faut essayer et parfois voilà ça peut être une solution qui pourrait être très bien pour une personne mais voilà si l'équipe préfère une autre, il faut s'adapter à tout le monde, que la personne soit bien, que le personnel soit bien et que tout ce passe bien. »</p> <p>« Donc si c'est quelque chose qu'ils ne sont pas forcément sûrs de pouvoir refaire, quelque chose qui ne leur convient pas totalement, ba on va adapter la solution. Je préfère qu'ils me le disent et évidemment on abandonnera et on trouvera une solution qui convienne beaucoup mieux, parce que le but c'est que ça soit réalisé. »</p> <p>« J'estime que ce n'est pas une solution qui doit être appliquée coûte que coûte parce qu'on a dit qu'il faudrait appliquer ça. Non je trouve que c'est mieux de dire on essaye pendant un certain temps et en fonction des résultats qu'on obtient avec cette solution, on va décider de la conserver si c'est mieux ou d'en trouver une autre si c'est pas forcément idéal. »</p> <p>Concernant les infirmières : « Je vois avec elles parce qu'elles sont souvent aux roulements entre les 2 équipes, ce qui me permet qu'elles puissent faire le relai aussi pour transmettre l'information à davantage de personnes, pour que tout le monde soit informé. Je mets bien sûr toujours une transmission dans le logiciel informatisé mais bon c'est vrai que je préfère aussi la faire oralement si possible au maximum de monde, pour que ça soit plus clair. Parfois (...) je trouve que c'est pas forcément toujours facile à expliquer,</p>

			<p>pas toujours facile à se représenter non plus pour les personnes qui lisent. Donc d'expliquer oralement, de faire des démonstrations à quelqu'un qui fera le relai à quelqu'un d'autre, je fais aussi comme ça. Je trouve ça plus humain en plus. »</p> <p>En conclusion du bilan ergothérapeutique + puis transmission orale « je fais le point avec les équipes</p> <p>« je trouve que c'est important de passer par l'oral, directement avec les équipes. Oui je trouve ça normal de communiquer en direct avec les équipes parce que c'est sur le terrain et qu'on peut voir aussi avec eux ce qu'il en pense en direct. (...). Et en fonction de ça, toujours je mets une transmission dans le logiciel. Donc de toute façon s'il y a une évaluation je le mets dans compte rendu ergo en détail et si c'est quelque chose qui doit être appliqué tout de suite je rajoute une information également dans le logiciel parce que je sais que c'est une transmission qui sera plus facilement visible. »</p> <p>« je les ai incité à communiquer aussi dans l'équipe pour se transmettre ce qu'ils faisaient entre eux, parce que je trouve ça normal aussi que ça ne soit pas que moi qui dispense les informations, mais aussi eux entre eux qui propagent les informations, l'aide et que ça enrichisse tous les monde finalement. Et je trouve que ça ça a été pas mal suivi. »</p>
Préconisations données à la direction	<p>Demande d'achat/location de matériel : « je vois avec la cadre en général. « on fait l'annotation pour qu'il y ait un verticalisateur de plus pour pallier justement aux difficultés que rencontrent les soignantes. », « je regarde vraiment que ça soit du matériel qui soit utilisé. Je ne vais pas faire acheter des choses qui ne seront pas utilisées par la suite. »</p>	<p>« J'ai la chance d'avoir aussi une direction qui me suit et puis me pose aussi beaucoup de questions et m'écoute. Heu donc tout ce qui est investissement de matériel, on a acquis par exemple des lèves-malades avec la pesée intégrée. On va avoir des rails de transferts aussi, des lits aux salles de bains, sur certaines chambres. Donc là pareil je suis intervenu auprès de la direction pour qu'on ait ça. Je suis intervenu dans le choix des nouveaux lits qu'on va avoir aussi. Heu voilà donc heu on m'utilise bien on va dire. »</p> <p>Conseils de l'ergothérapeute bien suivis par la directrice de l'établissement quand le budget est validé par la haute direction et les préconisations ont permis de régler certaines problématiques rencontrées</p>	<p>« est-ce qu'il t'arrive de faire certaines préconisations à la direction de l'établissement ?</p> <p>E4 : Non pas spécialement, enfin pour l'instant ça ne m'est jamais arrivée. »</p> <p>« E : Il n'y a pas eu un besoin de matériel supplémentaire ou des choses qui auraient pu être demandées ?</p> <p>E4 : Heu en tout cas pour les soignants non. On l'a le matériel pour les transferts.</p>
<b>EFFICIENCE DE CES INTERVENTIONS QUOTIDIENNES DE L'ERGOTHERAPEUTE</b>			
Intérêt de ces interventions par rapport à des formations ponctuelles	<p><u>Intérêt pour les AS</u></p> <p>« les formations ponctuelles c'est bien sur un temps : elles entendent bien, elles sont toutes contentes, elles vont réussir à mettre ça en place peut-être la première semaine, 15 jours et après ça se perd parce qu'elles repartent dans le quotidien ou parce qu'en fait elles ne se voient pas et elles ne pensent pas forcément à se dire « Attention à ton dos ». Parce que moi quand je les vois travailler, je vois des choses et je ne peux pas m'empêcher d'aller leur dire. »</p>	<p>« c'est d'avoir toujours du matériel en bon état, d'avoir toujours des aides-soignants qui se sentent écoutés, heu ba dont les soucis du quotidien finalement, qui sont assez, qui sont des gros gros freins en prise en charge, heu sont résolus assez vite. Ça permet vraiment je pense une rapidité d'intervention. »</p>	<p>« Parfois c'est parce qu'un transfert n'est pas certain par les soignants, au final je leur dis « Non ça se passe très bien, il faut que vous continuiez comme ça, la personne est en confiance, c'est correcte, vous n'avez pas de danger pour vous-même ». Donc ça peut être positif aussi bien sûr »</p> <p>« c'est bien de dire il faut utiliser telle aide-technique mais parfois les équipes nous rapportent que le manque de temps fait qu'elles ne l'utiliseront pas. c'est intéressant je trouve de venir sur le terrain, d'en discuter avec les équipes et de trouver des compromis » : « j'estime qu'il ne faut pas forcément préconiser à tout prix d'utiliser une aide technique si on sait que le personnel derrière ne l'appliquera pas, parce que c'est pas</p>

	<p>« c'est des choses qu'il faut remontrer régulièrement parce que c'est très vite oublié. Elles se laissent aller dans ce qu'elles ont l'habitude de faire. Donc il faut leur rappeler régulièrement. »</p> <p><u>Intérêt pour l'ergo :</u> « ça me permet de faire une évaluation du résident en même temps » quand elle sait qu'il y a une évolution</p> <p>« en y étant tout le temps sur le service, en les côtoyant tous les jours, en étant présente, je pense que c'est plus facile de faire passer les choses. »</p>		<p>assez proche de la réalité donc dans ce cas-là, c'est sûr ce n'est pas forcément la solution la meilleure », « je pense qu'il faut trouver la solution la plus adaptée que ça soit pour le résident, pour le personnel, pour l'ensemble de l'équipe, (...)Donc c'est à ce moment que je trouve que l'ergothérapeute à son rôle à mener.»= L'ergothérapeute aide à trouver des compromis entre les contraintes du terrain et les exigences du soin</p> <p>Pendant les évaluations de toilettes, ce n'est pas forcément des soignants qui remarquaient quelque chose qui étaient difficile mais peut-être heu, voilà en faisant une évaluation j'ai pu constater par exemple qu'il y avait un résident qui avait du mal à se tenir debout au lavabo donc tout simplement c'était mettre une chaise de douche pour faciliter non seulement la toilette pour l'aidant mais aussi pour la personne. » : propose des solutions pour faciliter le soins</p> <p><u>Intérêt pour l'ergo</u> « Je veux que ça soit avec les soignants (...) comme si je n'étais pas là pour que ça soit en situation réelle et heu ba comprendre où est le problème, qu'ils m'expliquent eux (...) qu'est-ce qui les embêtent. Le voir aussi de mes yeux (...) c'est vraiment là qu'on se rend compte des situations qui posent vraiment problèmes et comment les améliorer, comment éviter les soucis</p> <p>. → « Je trouve que c'est important parce que parfois il y a des résidents que ça peut angoisser (...) et parfois c'est des résidents qui peuvent en discuter avec nous. Mais parfois c'est des résidents qui sont un peu désorientés, qui ne peuvent pas forcément exprimés leur angoisse non plus. Il faut en tenir compte et constater avec eux et du coup les soignants qui les connaissent beaucoup mieux que moi. Moi je ne suis pas très souvent là (...). Donc voilà j'aime bien avoir l'avis de tout le monde pour faire une prise en charge globale et vraiment mieux adapter de manière personnalisée les choix. »</p> <p>« Et puis voilà qu'ils me tiennent au courant de l'évolution. » (pas dit directement comme un intérêt mais cité comme quelque chose de fait sur le terrain)/« les améliorations on les suggère après avoir vu la situation en direct pour se rendre compte et avoir fait le point avec les soignants, parce que c'est une fois une situation, mais eux ils connaissent la personne tous les jours, ils savent qu'est-ce qui peut poser problème dans le quotidien. »</p> <p><u>Réponse à la question :</u> « les formations classiques, (...) c'était des situations générales. Bon je me suis basée quand même sur le quotidien ici, sur ce que j'avais pu déjà observé et les situations qui pouvaient être risquées pour les soignants, et voilà ça s'appliquait davantage pour les soignants et bien-sûr dans le respect du résident et dans l'optimisation des transferts avec l'aide du résident, les stimuler, etc, mais voilà c'était assez ciblé sur comment protéger son dos au quotidien et c'était pas très personnalisé. Et parfois</p>
--	---	--	--

			<p>quand il y a des demandes spécifiques pour un résident qui pose problème, que ça soit pour les soignants ou pour le résident qui est angoissé par exemple, c'est quelque chose que je trouve important qu'il n'hésite pas à solliciter l'ergothérapeute pour qu'il puisse proposer son aide. (...) c'est proposer des solutions, faire des essais et essayer de s'adapter à une situation précise parce que c'est comme ça qu'on se représente beaucoup mieux la situation dans sa globalité toujours. Et ba voilà je trouve que c'est beaucoup plus réaliste et adapté finalement à la situation de venir sur le terrain et de répondre aux demandes des soignants. »</p> <p>« Je dirais que c'est une amélioration de l'organisation plus qu'une amélioration des techniques de manutention. C'est heu, on a trouvé notre organisation entre l'équipe et moi et ça se passe beaucoup mieux au niveau du transfert d'informations, au niveau de la mise en action des conseils qu'on a pu prodigués et mettre en place. » et « C'est toujours des retours en équipe, essayer de rencontrer tout le monde pour faire le point, régulièrement heu, mettre des transmissions écrites pour que ça soit un suivi régulier qui soit retrouvé, traçable. Et c'est quelque chose qui se met du coup facilement en place et ça peut être vraiment appliqué rapidement. Ça c'est intéressant pour l'évolution, pour que ça puisse être aussi remis en question aussi et que ça soit adapté au mieux. » = permet de trouver rapidement et efficacement des solutions</p>
Retour/ satisfaction de la part des aides- soignants	« en général j'ai du positif. Alors parfois elles me disent « Ah ba non là ça ne fonctionne pas, est-ce que tu peux revoir ? ». Heu mais quand je suis intervenue ou que je leur ai montré des choses, très souvent elles sont très contentes.	« Pour l'instant, très bons. Heu je ne doute pas qu'ils se plaignent un peu derrière mon dos, comme partout ça c'est évident. Heu après je me sens très bien intégré, les A-S m'interpellent vraiment à bon escient. Heu non non ça il n'y a pas de souci. »	« c'est plutôt positif généralement, quand c'est une situation qui fonctionne est tout cas. C'est quelque chose ba qui les rassure aussi, parce que c'est parfois ça qui leur pose problème et ça les inquiète. » = rassure les AS
Contraintes à leur mise en œuvre	« des fois ça m'arrive de déménager une table de nuit, le temps du transfert pour pouvoir bien positionner le fauteuil. Donc ça je, pareil, je donne une information aux soignantes, qui n'est pas toujours suivie parce que du coup il faut déplacer du mobilier » = De plus, ces aménagements ne peuvent pas toujours être définitifs car ces aménagements peuvent faciliter le transfert mais gêner la réalisation d'autres activités « Il y a des résidents qui veulent absolument, qui se lèvent toujours du même côté et qui se lèvent du côté où il y a la table de nuit et des fois la table de nuit elle est, voilà, elle est du côté où ils vont pouvoir accéder, donc si on la met de l'autre côté ça ne va pas.	« la difficulté peut-être ça a été plutôt de m'intégrer, de montrer que je n'étais pas quelqu'un qui venait leur taper sur les doigts ou les fliquer mais plutôt un soutien. »	c'est juste des vis finalement, qu'il suffit de les resserrer. Et c'est le manque de connaissance peut-être ou le manque de temps pour juste regarder qu'est-ce qu'il ne va pas
		Maintenant les AS interpellent l'ergothérapeute pour des demandes « plus ciblées. Au début j'étais appelé un peu pour tout et n'importe quoi. Maintenant ils ont bien identifié mon rôle et ma tâche et ils savent m'appeler quand il faut. » = besoin d'explicitier son rôle +++ « Heu j'ai commencé pendant 10 mois à mi-temps donc là c'était un petit peu dure d'être vraiment sur le terrain, je gérais surtout le	« J'essaye de les sensibiliser à tout ça mais il y a aussi un autre souci c'est un <u>manque de matériel aussi</u> . Par exemple pour le serrage de ces vis là il faut des <u>clefs</u> et voilà c'est tout bête mais <u>s'ils n'ont pas ces outils-là ils ne vont pas pouvoir le faire d'eux-mêmes</u> . Il y a pleins de choses de toutes façons, le manque de temps, le manque de moyens, le fait de pas forcément se pencher sur ce souci aussi. », « je le conçois très bien qu'ils ne vont pas s'attarder à regarder comment on règle une machine et pourtant ça serait utile pour faciliter leur travail et pour faciliter également le transfert pour

	<p>+ difficulté d'adhésion des soignants : si elles ne s'impliquent pas, « si elles ne sont pas vraiment volontaires, voilà c'est un petit peu plus compliqué. » à mettre en place</p> <p>+ difficulté d'organisation : le fait que les AS demandent de l'aide à l'ergothérapeute spontanément « ça prend du temps » et « pour le suivi c'est des fois plus compliqué, plus long, parce que quand je veux intervenir elles se sont déjà occupées de la personne et puis elles ont oublié de m'appeler par exemple. »</p> <p>Même si l'ergothérapeute essaye de limiter au maximum le temps de ces interventions, parfois les aides-soignants manquent cruellement de temps pour réaliser leur travail, notamment lors d'absence de leurs collègues, et n'aiment pas bien la voir arriver parce qu'elles se disent « Oh là là on va perdre du temps », « On se chahute de temps en temps mais il y a quand même des équipes qui sont très demandeuses de ce que je peux leur proposer donc je ne suis pas en guerre avec elles. Ce n'est pas toujours le cas d'ergo qui bossent en EHPAD où elles n'interviennent que ponctuellement. Là les équipes ça ne passent pas forcément. »</p> <p>Nécessité d'être présent assez régulièrement sur l'EHPAD pour être crédible aux yeux des soignants : « Ba disons que moi j'ai une collègue ergo qui est dans un établissement où elle est à 30 pourcents sur une EHPAD de 250 lits.(...), elle va donner certaines consignes, certains conseils mais les soignantes elles ne vont pas prendre ça au sérieux. Elles vont dire « Qu'est-ce que tu nous enquiquines, t'es jamais là, heu c'est pas toi qui est là tu ne sais pas ». C'est pas toujours facile. »</p> <p>+ « Il faut que les personnes puissent nous appeler au moment où elles en ont besoin. Il faut être quand même très disponible. » / Dans l'idéal « je pense que tous les matins il faut avoir un temps de disponibilité pour pouvoir aller voir s'il y a besoin. »</p> <p>Les relations que l'ergothérapeute aura avec l'équipe vont jouer énormément sur l'efficacité de ses interventions : « tout dépend comment est accueillie l'ergothérapeute dans l'EHPAD. Tout dépend comment a été présenté l'ergothérapeute, tout dépend comment elle fonctionne aussi (...) tout dépend les relations qu'elle va pouvoir avoir. Suivant comment elle présente les choses, ça va jouer énormément »</p>	<p>matériel. » fait ce type d'intervention seulement depuis qu'il est temps plein !</p> <p>« Ba les limites c'est des limites institutionnelles hein. Ça va dépendre des institutions, de la direction, des aides-soignants, de la capacité de l'ergo à s'intégrer. Heu je pense que ça repose surtout là-dessus au début hein. La qualité du travail de l'ergo sur une institution, elle ne se fait pas par ces connaissances techniques, elle se fait d'abord par sa capacité à s'intégrer sur une équipe et à transmettre ses connaissances et ses préconisations. »</p>	<p>les résidents » = les soignants n'ont pas forcément le temps, ni le matériel nécessaire '(clef) pour faire les réglages d'eux-mêmes/ « c'est pas que je ne veux pas les faire parce que ça fait partie du maintien du matériel médical, ça fait aussi partie des interventions ergo mais je trouve ça dommage qu'on puisse moins se consacrer à d'autres situations qui sont vraiment plus problématiques. »</p> <p>Le fait d'être là 2 jours par semaine sur l'établissement « On ne peut pas être partout et forcément quand on dispense des conseils à l'un, est-ce que ça va être ensuite suivi ? »</p> <p>Prend quelques temps à mettre en place : « le fait que je mette des transmissions dans la liste des transmissions, ba petit à petit ils les suivaient, parce qu'au début je t'avoue que ce n'était pas forcément respecté ce qui était écrit. Enfin ils ne faisaient pas forcément le lien entre ce que je demandais qu'il soit fait et ils ne le faisaient pas directement. Ce n'était pas mis en place au début donc il fallait que je fasse une double information écrite et maintenant j'ai plus forcément besoin de rappeler que j'ai mis une transmission c'est eux qui me disent « Voilà ont vu ta transmission, il n'y a pas de souci, c'est fait ». »</p> <p>« Tu vois l'importance de poser un rendez-vous, parce qu'à chaque fois que j'essayais de passer à l'étage « Ca y est on va pouvoir voir le transfert ! A mince il est déjà couché. Bon ba je l'ai raté. ». D'où l'importance de se rencarder avec les équipes pour qu'on puisse avoir un moment où c'est consacré à une évaluation au transfert, où on met en situation, on observe et on fait le point. »</p>
Améliorations possibles	« oui j'ai des pistes d'améliorations, je pense que c'est un travail quotidien ça. Plus on est présent pour montrer, mieux c'est. Mais il faut montrer que c'est avantageux pour elles, il faut que ça reste dans le positif. »	/	« depuis 6 mois il n'y avait pas eu de transitions avec un autre h actuel, le matériel, essayer de faire un suivi, de trouver mon organisation aussi, que les soignant trouvent aussi leur organisation aussi. Comment me contacter, heu quels problèmes ils pouvaient me demander également d'intervenir ? » >>> « parce que voilà, ils venaient plutôt d'abord me solliciter pour des réparations de matériel au début, c'était un peu dommage. »/« Ce n'est pas évident de s'organiser mais il y a des petites choses que j'ai commencé à mettre en place. J'ai voulu faire un suivi du matériel parce qu'il n'y avait

			<p>pas du tout de suivi de stock. Donc on ne savait pas où était les choses, si elles étaient disponibles, combien et dans quel état. Quand quelque chose est en mauvais état ça vient de quelle chambre et du coup est-ce qu'il faut remplacer ? Enfin tu vois des choses comme ça. Donc faire du suivi du matériel ça a été une des choses que j'ai mis en place, qui est en cours. »</p> <p>« Et c'est un peu dommage parce qu'il faut passer souvent, il faut rappeler les choses parce que c'est vite oublié finalement. Donc je ne sais pas si après c'est juste la méthode de transmission orale qui n'est pas adaptée. Enfin je me suis plusieurs fois demandée s'il ne fallait pas mettre des petites fiches d'utilisation du matériel. »</p>
Influence sur la performance et la satisfaction professionnelle des AS	<p>« Pour certaines manutentions oui il y a des choses qui ont évolué. Elles commencent à utiliser un petit mieux les aides techniques, j'aurais envie de dire, plus correctement. Même les lits, elles les utilisent un petit peu mieux. Régler la tête du lit pour aider à un transfert couché-assis ou assis-couché heu. Elles commencent à l'utiliser dans de bonnes conditions(...). Voilà des choses comme ça. (...) ce n'est pas encore complètement acquis mais il y a des choses qui se passent. »</p> <p>« Dans les postures aussi parce que, bon après il a des choses qui peuvent être faussées parce que dès qu'elles me voient arriver dans les parages elles font attention à ce qu'elles font. Mais, du moment qu'elles mettent une vigilance quand elles me voient arriver, si elles se disent « Ah là je suis mal positionnée, il faut que je me repositionne », heu ba c'est déjà quelque chose, parce que petit à petit ça peut devenir une habitude. »</p>	<p>« Oui complètement. Ils avaient peut-être perdu de vue cette notion d'éviter la grabatation sur la durée. Ils étaient peut-être sur des habitudes un peu quotidiennes, routinières, de facilité, « je mets le résident sur un fauteuil ». Et ils ne se rendaient pas compte qu'en fait ils se compliquaient la tâche. Il valait mieux perdre un petit peu de temps à faire des transferts, à ce que la personne se déplace par elle-même pour qu'elle maintienne ses capacités motrices et qu'elle soit moins dépendante tout au long de la journée, sur la toilette, le repas, etc. Donc ça effectivement ça leur est peut-être revenu un petit peu. »</p>	<p>« des petits changements déjà pour ce qui est de la stimulation des personnes. Je trouve qu'ils stimulent beaucoup plus les personnes pour ce qui est des transferts, enfin pour leur expliquer ce qu'ils se passent. Parce qu'à un moment donné il y avait une différence entre vraiment les personnes qui n'en faisait pas beaucoup et des personnes qui en faisait de manière spontanée. »</p>



## ANNEXE XIV : Grille d'analyse entretiens aides-soignants

Informations générales		AS1	AS2	AS3
Date de l'entretien		31/03	6/05	28/04
Ancienneté en EHPAD		« 11 ans »	« à peu près 10 ans. » « j'ai un diplôme qui date de 24 ans en arrière »	8 mois « j'ai passé un an en apprentissage et (...), je suis passé en CDI dans le même EHPAD. » « j'ai commencé à travailler depuis septembre. »
Formations suivies en lien avec la manutention	Type	<u>Lors des études</u> : « Si mes souvenirs sont bons il me semble que c'était de l'ordre de l'ordre de 2 jours, pendant lesquels on a appris plusieurs méthodes de manutentions. »  <u>Des formations continues</u> dispensées par l'établissement « Voilà donc avec (Prénom de l'ergothérapeute), heu j'en ai déjà eu, je crois que c'est là 3 <sup>ème</sup> », « Ça ne fait que depuis 2012 qu'on a une ergothérapeute et avant c'était un intervenant extérieur qui venait faire des formations de manutention. »	<u>Lors des études</u> : Aucune formation concernant la manutention  <u>Des formations continues</u> dispensées par l'établissement, 5 ou 6 en général c'est sur un jour, avec des kinésithérapeutes « qui rappelle à peu près toujours les mêmes heu. Comment se baisser, comment les relever, les installer, les relever quand ils sont au sol sans se faire mal »  + <u>une journée de formation avec un ergothérapeute dans le cadre de sa formation d'ASG</u>	<u>Lors des études</u> le module 6 « Pour valider ce module en fait c'est que de la manutention. Donc pendant un an on a eu un module consacré à la manutention » dispensé par « un kiné et une ergo »  <u>1 Formation continue</u> dispensée par l'établissement sur une journée en février : « avec un kiné, une ergo sur la manutention pour revoir et apprendre certains gestes techniques pour le personnel, pour éviter les accidents du travail mais aussi pour le bien-être du résident. »
	Date de la dernière formation	2015	décembre 2015	février 2016
Contexte général de réalisation des manutentions dans l'établissement	Fréquence en une matinée par AS	« en général moi je dirais plus de 10. »	environ « une dizaine dans la matinée »	« au moins 15-20 manutentions rien que sur la matinée »
	Seul ou en équipe et avec quels autres professionnels	« Ça dépend je vous dis du degré d'autonomie de la personne. »	En équipe la plupart du temps, parfois seule « c'est cas par cas. »  Avec autres AS ou infirmière / ergo qui est à proximité « Si l'infirmière est en train de distribuer ces médicaments et qu'elle passe à ce moment-là, je ne vais pas aller appeler mon autre A-S. Si l'ergo passe par là, c'est l'ergo qui va m'aider. »	« les transferts généralement je les fais à 2. » « si il y a la possibilité, généralement, honnêtement il faut mieux être 2 que seul. »  « aide-soignant/ aide-soignant ou aide-soignant/infirmière quand notre collègue n'est pas disponible. Si notre infirmière est dans les parages on la monopolise juste 5 minutes, le temps de faire le transfert ou l'installation de la personne. »
	Utilisation d'équipement d'aide au transfert	« je crois que toutes les chambres de l'établissement sont équipées de rail. On a une dizaine de moteurs pour utiliser (...), on a aussi 2 lèves-malades. On a des verticalisateurs, des draps de glissements. On a ce qu'on appelle le disque aussi, le «Turner», voilà. Heu c'est déjà pas mal. Non franchement en terme de manutention, l'établissement est très bien équipé. »	« on a le lève-malade. Mais moi en ce moment je n'en ai pas à l'étage parce que les transferts se passent bien. Voilà on s'en sert vraiment pour les personnes, quand on sait que ça ne va pas aller, et pour eux et pour nous hein. »  Matériel présent sur les services cités par l'ergo Disque de transfert, drap de transfert, planche de transfert, lève-personne	« Alors moi le matériel la plupart du temps, je l'utilise vraiment quand c'est nécessaire à 100%. Par exemple si c'est une personne qui a la sclérose en plaque ou qui est paraplégique ou hémiplegique, là il n'y aura pas le choix. (...) Mais généralement je préfère favoriser l'autonomie de la personne. Du moment que la personne a des appuis, je préfère qu'on soit 2 et qu'on favorise la personne »

		Matériel présent sur le service cités par l'ergo Un turner, 3 verticalisateurs, des rails, draps de glisse		« Alors il y a lève-malades, verticalisateurs, des draps de glisse, les disques mais c'est vrai que le disque aussi c'est vraiment utile, ça je l'utilise régulièrement, je trouve ça vachement bien. Ça permet de faire des transferts seul et sans, enfin on va dire facilement quand même. Par contre le lève-malade je dois l'utiliser à tout casser 4 fois par jours. Je ne l'utilise que pour 2 personnes sur tout un secteur de 100 personnes. Et sinon le verticalisateur je ne l'utilise pas du tout, et voilà. Sinon les transferts généralement je les fais à 2. »
Nombre de fois où l'aide-soignant à travailler en collaboration avec l'ergothérapeute (hors formation)		De nombreuses fois  « Oui on travaille beaucoup en collaboration avec elle ça c'est indéniable oui. »  /	« L'ergo est là avec nous, il travaille avec nous, donc heu, je ne les compte pas. »  « c'est au quotidien, avec nous, que ça soit le matin au moment des transferts, pour les toilettes, que ça soit pour un change. Bon pas le coucher parce qu'il est parti en général, il finit vers 17heures, mais dans la matinée heu, je veux dire, voilà il a 4 étages, et il est appelé de partout hein. »	Sur le terrain « Alors moi j'ai pu travailler déjà avec elle pour des petites choses ou autres, au moins 7-8 fois voire 10 fois. » (sachant qu'elle est là seulement depuis février)

## EVALUATION DE L'APTITUDE DU RESIDENT A REALISER SON TRANSFERT

Modalités d'évaluation par l'aide-soignant	Critères Evalués	bonne connaissance du résident, degré d'autonomie du résident, si peut avoir appui sur jambes et membres supérieurs capacités physiques et facultés cognitives  « il y a des choses que je ne pourrais pas lui demander de participer, car pas en capacité de comprendre, alors je vais beaucoup faire à sa place  gestes de manutention interviennent quand la personne n'est plus en <u>capacité de faire</u>	toutes ses capacités qui lui restent  ce qu'il peut faire et pas faire, toutes ses capacités, si <u>capable</u> de se lever du lit, se mettre debout, <u>faire</u> son transfert, jusqu'où il peut aller  « On fait comme on le sent, parce que quelque fois voilà, c'est cas par cas. Il y a des personnes avec qui, je vais y arriver parce que c'est une personne <u>qui va vous aider</u> , qui <u>va prendre appui</u> »  « c'est des gens qui vont <u>s'angoisser</u> , qui vont être paniqués. Alors là on ne prend pas de risque, ni pour eux, ni pour nous »	appuis, poids, taille de la personne. la <u>pathologie</u> , cohérente ou pas, <u>capable de nous aider</u> . si personnes qui n'ont aucun appui ça va être au lève-malade. Si c'est des personnes qui ont des appuis mais compliqué pour les transferts ça va être au verticalisateur  je le lève tout seul parce que je lui fais confiance et il me fait confiance  Si patients lourds, on va avoir besoin du matériel ou de nos collègues pour les transferts, pour ne pas prendre risque ne pas blesser mon résident, et me blesser, car mon dos c'est mon instrument de travail  Si personne pas en état de fournir un effort, fatiguée un matin, ne pas prendre de risque et demander à une collègue, ou qu'il y est du matériel qui soit mis à disposition.  s'adapter tous les jours à la personne, sa motivation, son désir, son état physique et psychologique de la journée, si elle se sent en forme pas besoin d'appeler de collègue pour faire à 2

	Moyens d'évaluation propre aux AS	<p>un certain nombre d'informations qui nous sont communiquées par rapport à l'autonomie de cette personne à son arrivée dans l'établissement, après on découvre aussi au fur et à mesure de la prise en charge, au moment des soins</p> <p>« Après ce genre de décisions là sont prises avec l'ergothérapeute, mais c'est décider en staff (...) décisions qui sont bien prises <u>en équipe</u>. »</p>	<p>« quand ils arrivent chez nous, bon on a quelques renseignements, « il tient debout », et puis souvent on s'aperçoit que ce n'est pas tout à fait ça. »</p> <p>on va voir ce qui a été dit, on écoute ce qu'on nous dit puis on va sur le terrain et il faut leur laisser le temps (pour que voir ce que les résidents font par eux-mêmes)</p> <p>Donc on va voir déjà toutes les informations possibles. Quand on n'a pas beaucoup de renseignement, on va travailler à 2 pour lui laisser le plus de possibilités de faire en gardant un peu de sécurité. / La première fois, seul c'est risqué parce qu'on ne sait pas ce qui nous attend. =mise en situation avec 2 soignants</p> <p>« puis à partir de là, on va rapporter ce qu'on a constaté et heu avec l'aide de l'ergo, du kiné et des infirmières, on va voir ce qu'on peut mettre en place. »</p>	<p>« j'analyse vraiment la personne pour savoir comment m'y prendre, mais généralement on fait déjà le transfert à 2 dans les premiers temps. »</p> <p>Par observation</p> <p>« Si la personne a été transférée, par exemple des hôpitaux ou d'une autre maison, il y a aussi les rapports précédents des kinés, des ergos qui sont passés, des médecins. Donc ça aussi faut le prendre en compte. »</p>
Intérêt de la transmission du diagnostic ergothérapeutique aux aides-soignants		<p><u>Lors de l'évaluation initiale</u></p> <p>« On a aussi beaucoup d'aide de la part de l'ergothérapeute qui nous aide aussi à évaluer l'autonomie de la personne, à évaluer ce qu'elle est capable de faire et pas capable de faire par rapport à justement tout ce qui est ergonomique. (...) on travaille en collaboration (...) elle intervient pour nous dire quelle est la solution la mieux adaptée pour le transfert de la personne. »</p> <p>« elle va décider, elle va dire voilà « pour moi, la bonne pratique pour faire les transferts de cette personne c'est d'utiliser le moteur, le lève-malade », voilà qu'il y ait un appareil adapté. Elle va en faire la proposition au staff et à ce moment-là on valide. »</p> <p><u>Réévaluation quand les aptitudes du résident évoluent :</u></p> <p>« quand elle n'est plus en capacité de faire certaines choses, et si on sent que la personne ressent des difficultés ou alors que nous aussi on ressent quelques difficultés que ce soit, à ce moment-là on fait intervenir (Prénom de l'ergothérapeute) pour réévaluer</p>	<p><u>Lors de l'évaluation initiale</u></p> <p>« il y a l'ergo qui va évaluer à la toilette. Ça c'est l'ergo qui le fait hein. Et puis nous après, en fonction de tout ce qui s'est passé, moi je vais voir l'ergo, bon je lui raconte ce qui s'est passé, comment s'est passé la toilette, et tout ce qu'il peut mettre en place lui derrière. (...) si il faut des aides-techniques »</p> <p>« Si il y a une dégradation ou une amélioration, et bien en fonction on modifie. Voilà donc moi je mets mes « je mets mes « trans » ou alors je vois l'ergo directement et on se met d'accord. (...) voir si le fauteuil peut être utilisé par quelqu'un d'autre et lui mettre un bon fauteuil</p> <p>« l'ergo est passé par là et nous a dit qu'il avait les capacités pour le faire tout seul »</p> <p>« on travaille vraiment ensemble et vraiment ça nous aide beaucoup hein. »</p>	<p><u>Lors de l'évaluation initiale</u></p> <p>« l'ergo est passée aussi voir comment ça se passait pour les transferts de la personne »</p> <p>L'ergo participe à l'évaluation des capacités : « Voilà, c'est tout à fait ça »</p> <p>Généralement quand on a des difficultés pour une personne lors des transferts, on demande à l'ergo de faire une évaluation sur les transferts, pour qu'elle nous donne son point de vue et qu'est-ce qu'on pourrait améliorer, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour que la personne soit plus en sécurité, pour que nous on soit plus aussi en sécurité.</p>
Efficacité du mode de transmission du diagnostic ergothérapeutique / Améliorations nécessaires		<p>« Et du coup cette manière de vous transmettre les informations sur le résident vous convient ?</p> <p>AS-2 : A ba jusqu'à maintenant oui. »</p>	<p>« là manière dont il vous donne des informations sur le résident, ou des conseils vous semble efficace ?</p> <p>AS-3 : Ba oui ça nous semble efficace »</p>	<p>« A oui tout à fait. Après c'est vrai que l'ergo qu'on a actuellement, malheureusement elle n'est pas là toute la semaine du lundi au vendredi. C'est deux jours dans la semaine et c'est vrai que c'est un peu compliqué parce que vu que nous on travaille en 12 heures, en fait on la voit un jour par semaine. (...) moi avec le recul, elle serait là du lundi au vendredi, ça serait vraiment efficace et même là en la voyant une fois par semaine c'est efficace. »</p>

EVALUATION DES ELEMENTS ENVIRONNEMENTAUX INFLUENÇANT LA PARTICIPATION DU RESIDENT LORS DES TRANSFERTS				
Eléments facilitateurs ou obstacles identifiés par les aides-soignants		<p><u>Dit spontanément :</u> « si on ne laisse pas le temps à la personne, effectivement on empiète sur son autonomie, ça c'est forcé. Voilà pour préserver au maximum l'autonomie, je pense que le facteur temps est très important. »</p> <p>« Ba le simple fait que le soignant fasse à la place. C'est tout. A partir du moment où on ne joue pas le jeu et où on ne préserve pas l'autonomie de la personne »</p> <p><u>Dit ensuite</u> « Si vous ne prévenez pas le résident forcément ça va être un frein. Il faut bien prendre le temps avant, d'expliquer au résident ce qu'on va faire. »</p>	<p><u>Dit spontanément :</u> « Tu veux dire que peut-être, aux yeux de tout le monde c'est ça ? » &gt;&gt;&gt; « quand c'est à la vue d'autres personnes, quand ils sont au restaurant à la vue de tout le monde, ça peut peut-être les gêner. »</p> <p><u>Dit ensuite</u> « quand on a des pièces qui sont petites, on en a quelques-unes, ou alors qui ne sont pas petites, mais comme on a beaucoup de matériel dans la chambre, plus le gros fauteuil, tout de suite on ne peut plus bouger. Donc si nous on est pas bien pour travailler et qu'on a d'un coup ce stress qui monte, parce ce qu'on est gêné, heu le résident de toute façon il le ressent hein. Et là on pousse, on essaye de faire de la place, on s'énerve, c'est normal, surtout le matin parce que bon on a beaucoup de travail. On s'énerve et c'est sûr que ça peut compliquer les transferts. »</p> <p>« Oui la participation, ba ce qui pourrait limiter la participation c'est qu'on ne le mette pas en confiance. Bien-sûr s'il n'est pas en confiance, ça peut limiter. »</p>	<p><u>Dit spontanément</u> « Ah oui, complètement. Des fois les chambres sont petites, enfin c'est pas des chambres de 30 mètres carré et je pense que si les chambres étaient un peu plus grandes, pour certaines personnes on pourrait avoir plus d'espace pour essayer de les stimuler, trouver une nouvelle solution pour faciliter le transfert. Et c'est vrai qu'on a tendance des fois à prendre le matériel parce qu'il y a pas la place pour lever la personne. » &gt;&gt;&gt; Donne l'exemple d'un Monsieur qui avait besoin de faire quelques pas avec son déambulateur pour faire son transfert et se stabiliser debout « on s'embête à faire le transfert à 2 on va dire, vu qu'il n'y pas la place nécessaire dans la chambre alors que ce monsieur serait en capacité, quand il est bien en forme, de se lever de lui-même avec un peu d'aide. »</p> <p><u>Dit ensuite</u> Les AT : « la personne est complètement dépendante au lève-malade du fait qu'on lui mette le filet, qu'on la sangle (...). Elle ne participe plus du tout au lève-malade. »</p> <p>La capacité du soignant à s'adapter à la personne, à ce qu'elle désire, à son état physique et psychologique de la journée (198-205) et « c'est aussi le lien qu'on peut avoir avec le résident. Il y a des résidents heu, moi je lis des transmissions, telle ou telle personne il faut la lever au lève-malade. Ba là actuellement on est débat. On a une personne, notre ergo aimerait qu'on essaye de la lever au lève-malade parce qu'avec une équipe ils la lèvent au lève-malade et avec une autre équipe, ils la lèvent à 2 soignants. (...) Voilà c'est comment aussi on s'y prend avec la personne. Il a des patients avec qui moi je vais avoir aucun soucis mais mes collègues ne vont pas réussir parce que la personne ne va pas vouloir, alors que moi je vais venir et ça va se passer super bien. (...) En fait chaque patient va peut-être avoir plus de facilité avec telle ou telle soignant »</p>
	Prise en compte de l'environnement dans l'évaluation de l'aptitude du résident à réaliser ses transferts	Oui / Non	<p>« oui. On essaye d'y tendre au maximum mais après voilà il y a peut-être des fois où il y a des failles mais en tous les cas on y tend le plus possible. »</p> <p>« Et vous dites que le temps c'est primordial pour que le résident participe, est-ce que vous disposez toujours d'assez de temps pour faire les manutentions ? AS-2 : C'est ce que vous dis, on essaye d'y tendre. »</p>	« Ah ba bien-sûr »
	Si oui comment	« est-ce que vous pensez que l'environnement dans lequel ont lieu les manutentions ça peut limiter la participation des résidents lors des transferts ? AS-2 : Ba justement, on essaye, c'est pour ça que (prénom de l'ergothérapeute) intervient beaucoup et évalue et réévalue	« ah ba oui c'est normal. Avant de savoir toutes ses capacités, justement, on va tout faire pour essayer que ça se passe le mieux possible. Donc heu oui ça peut le gêner bien-sûr, surtout au début. Au début on ne le connaît pas trop encore, donc avant de savoir exactement de quoi il a besoin, c'est sûr que ça va surement gêner au début. C'est petit à petit qu'on va pouvoir faire	« Alors ça va vraiment dépendre. Si l'ergo n'est pas présente, on peut toujours essayer de voir avec l'infirmière, réfléchir « ba qu'est-ce qu'on pourrait améliorer là ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Est-ce que tu as une idée pour ça, ça, ça ? », mais généralement on sollicite vraiment l'ergo. Si l'ergo n'est pas présente, tous les jours on a des kinés qui sont présents, donc on peut leur demander aussi « ba tiens pour telle personne, qu'est-ce que t'en penses ? Est-

		beaucoup j'ai envie de dire. Justement c'est pour ne pas empiéter sur l'autonomie de la personne. »	en sorte que cette pièce-là devienne heu, devienne la sienne hein, avec tout le confort qu'il lui faut. Donc souvent, déjà dans un premier temps, on libère les pièces, quand on s'y prend correctement je veux dire. On fait de la place avant de commencer (...)qu'on y pense, voilà on pousse tout, on se fait de la place avant de commencer. On organise l'environnement avant même de, voilà. »	ce que tu aurais une petite solution pour la lever, pour le transfert ? » Donc c'est vrai quand il n'y a pas d'ergo, il y a toujours les kinés qui peuvent nous aider, mais c'est 2 choses totalement différentes les kinés et les ergos. » = ne le font pas d'eux-mêmes, besoin de l'aides d'autres professionnels !
<b>MOYENS DE FAVORISER LA PARTICIPATION DU RESIDENT LORS DES TRANSFERTS</b>				
Recherche systématique de la participation des résidents (oui/non)		Oui « Tout ce que la personne est encore en capacité de faire, je me dois de respecter ça. »	Oui « Ah mais c'est eux qui font hein ! Nous on n'est pas là pour heu, nous on va combler ce qu'ils n'arrivent pas à faire mais tout ce qu'ils peuvent faire, c'est eux qui le font, tous. »	« Ah oui tout à fait »
Intérêt perçu par l'aide-soignant		« A ba c'est plus facile, enfin d'abord c'est plus facile pour eux, on ne leur fait pas mal et puis on leur préserve leur autonomie. Et puis en même temps c'est un gain, c'est tout bénéfique pour nous aussi. On ne se fait pas mal »	« C'est très très important. »  « Et nous notre intérêt c'est justement qu'il en fasse le plus possible. Plus ils en feront et moins on en fera. » <i>(dit avant la question)</i>  « c'est très important pour elle et je ne peux pas lui enlever ça. » <i>(en parlant de la toilette)</i>  « pour conserver déjà leurs muscles. (...) Et en plus je pense que de faire un transfert tout seul, de prendre par exemple, même avec beaucoup de mal, et de s'asseoir tout seul, c'est une chose, et de vous faire porter et de vous mettre sur un fauteuil, ça fait 2. Je pense que ça ne doit pas être vécu du tout de la même manière. (...)C'est valorisant. »	-Évite la grabatisation du résident, évite une charge de travail encore plus importante du soignant  -facilite le travail de l'AS « sur le long terme c'est un gain temps de solliciter une personne tous les jours pour essayer de faire un transfert » même si pendant les 3 premiers mois « ça va être compliqué parce qu'elle est peut-être pas forcément habituée »  « Ils y en a qui vont se dire « Bon ba je préfère galérer et ramer, mais au final je serai content si mon patient gagne un peu d'autonomie sur les 3 mois à venir ». Moi je sais que l'autonomie de la personne c'est un des objectifs qui m'intéresse le plus » « s'il y a vraiment un gain d'autonomie de cette personne on peut être fier » « quand il y aura ce résultat on sera content, on se dira « Purée on a réussi à faire quelque chose de bien ».
Difficultés rencontrées par les aides-soignants pour faire participer les résidents	Oui / Non	/ La question n'a pas été posée réellement	Oui	« Ah oui tout à fait. »
	Si oui, raison(s)	« Ba par exemple on a pas mal de résidents qui sont déments hein dans l'établissement, ou qui sont Alzheimer, voilà il y a beaucoup de résidents qui sont dans le refus, qui ne se laissent pas forcément faire » >>> « C'est un petit peu plus compliqué quand la démence est présente heu, et que le résident ne comprend pas les choses, mais en général ça se passe bien »  « sûr que laisser faire la personne ça demande du temps. Voilà il faut nous, soignant, faire cet effort-là de laisser le temps à la personne, enfin d'éviter de faire à sa place tout simplement. » <i>(pas vraiment cités comme une difficulté)</i>	Stress du soignant qui est transmis au résident « Ça peut être avec un résident parce que, on ne sait pas pour quelle raison, et bin ça ne se passe pas bien, parce que c'est compliqué, parce que ça nous rappelle des choses »/ « J'ai même une copine qui me dit qu'il y a une chambre qu'elle n'aime pas. Elle est tellement petite. Elle n'aime pas travailler dedans, ça lui fout un stress pas possible »  « Oui, ça peut être une difficulté heu, ou parce qu'il a peur, ou parce que c'est quelqu'un qui ne répond pas et vous ne serez pas pourquoi il ne veut pas participer, ou ça peut être à cause de la douleur, ou voilà. Bien sûr qu'on rencontre des difficultés et dans ces cas-là malheureusement, il arrive un moment où, même si l'ergo est passé par là et nous a dit qu'il avait les capacités	« On a des résidents qui vont être agités, qui vont être violents et c'est vrai que c'est compliqué »  Le fait qu'ils ne coopèrent pas « la plupart du temps c'est vraiment lié à leur pathologie hein. Heu des personnes qui sont grabataires et qui en plus ont Alzheimer par-dessus ça va peut-être être des personnes qui vont être violentes parce qu'elles ne comprennent pas forcément ce qu'on leur dit. Heu aussi des fois peut-être en tant que soignant, il faut le reconnaître, on est pressé, on n'est pas forcément attentif. Donc la personne, on va arriver, on va juste lui dire bonjour et on ne va même pas lui expliquer qu'est-ce qu'on va lui faire, lui apporter. Du coup, une personne qui a Alzheimer, si vous la brusquez un petit peu (...) c'est une personne qui va se braquer.»

			pour le faire tout seul, heu après là on ne peut rien faire. S'il refuse de le faire, à un moment donné on va être obligé de le faire à sa place. »	
Moyens à la portée des aides-soignants pour pallier à ces difficultés	« Repasser plus tard »	« Il a des personnes qui à chaque étape, il va falloir leur dire (...) « Allez on pose la brosse à dent, maintenant rincez-vous la bouche ». Ils vont se rincer la bouche. « Séchez-vous ». Voilà c'est eux qui font mais il va falloir à chaque fois leur dire de faire. En fait c'est le faire faire. »  « C'est heu, ba c'est refaire des essais sans arrêt, c'est lui expliquer, lui parler, revenir sur le sujet régulièrement et essayer d'en parler, de voir aussi qu'est-ce que c'est qui bloque, heu de lui faire des propositions (...). Et ba voilà on leur demande « est-ce que vous vous avez autre chose à nous proposer ? » par exemple, et des fois ils nous surprennent parce que des fois ils nous sortent autre chose. « Ah ba oui moi je voudrais bien mais plutôt comme ça ». Mais voilà les laisser s'exprimer et rep proposer, rep proposer plusieurs fois jusqu'à ce que peut-être il y ait un déclic. »  « Voilà il faut prendre le temps, il faut bien les connaître, il faut qu'ils aient vraiment confiance et à partir de là, quelque fois, ils sont vraiment prêts à vous écouter. »	« il faut garder ses distances et trouver le petit truc qui va faire que la personne va se calmer. (...) mais c'est pour ça qu'on est une équipe et qu'on est plusieurs au sein de l'équipe, et faut pas hésiter voilà à demander à ses collègues un peu d'aide pour les transferts. »  « je pense que pour arriver vraiment à faire de la manutention efficace, à avoir des patients qui sont coopératifs, il faut avoir une équipe qui soit soudée, qui s'entraide. Il faut être aussi patient. » « ne pas être dans l'idée « Bon ba ce n'est pas grave, on speed, on speed, on speed ». Ba non il faut prendre le temps pour les patients »	
Interventions possibles de l'A-S pour limiter ces restrictions de participation liées à l'environnement	« Alors déjà pour moi ce qui est important c'est déjà de bien expliquer à la personne ce qu'on va faire avant toute chose, ce qu'on attend de la personne. (...) Je pense que c'est quelque chose de primordial pour que tout ce passe bien. Voilà ne pas prendre le résident par surprise si vous voulez. »  « Et vous dites que le temps c'est primordial pour que le résident participe, est-ce que vous disposez toujours d'assez de temps pour faire les manutentions ? AS-2 : C'est ce que vous dis, on essaye d'y tendre. Après voilà, en général c'est comme ça que ça se passe. Tant qu'on peut laisser le temps à la personne, on fait comme ça »  « ce qu'on peut proposer nous quand on voit qu'un résident est réticent à se lever ou à faire un transfert, on peut le laisser et revenir un petit peu plus tard. » / « Je me réorganise autrement voilà c'est exactement ça. Si je vois que ça me prend trop de temps parce que la personne refuse de participer ou n'a pas envie, je la laisse un petit moment, je vais m'occuper d'une autre personne puis je reviens la voir. »	Actions au niveau de l'espace physique : « Donc souvent, déjà dans un premier temps, on libère les pièces, quand on s'y prend correctement je veux dire. On fait de la place avant de commencer (...) qu'on y pense, voilà on pousse tout, on se fait de la place avant de commencer. On organise l'environnement avant même de, voilà. »  Face à des situations où le résident est angoissé à cause du stress du soignant : - « c'est savoir d'où est venu notre stress et veiller à faire en sorte de corriger ça pour ne pas que ça se reproduise » - « Bon on est 2 à l'étage donc ça peut être la collègue qui va s'en occuper hein. »  « Ou alors des fois on leur parle carrément « Voilà c'est dur pour nous, on n'est pas bien, si vous pourriez nous aider un petit peu, on fait comme on peut, on fait au mieux ». On leur explique aussi parce qu'ils sont capables de comprendre. Et souvent, ils nous disent « on vous comprend, on sait, on voit, on se rend compte que c'est difficile ». »	Quand problème relationnel entre résident et soignant, les AS s'échangent les PEC : « si on n'y arrive pas avec telle ou telle personne ça ne sert à rien de forcer, de s'énerver. Il faut rester calme et il faut passer la main. (...) c'est « ba telle personne aujourd'hui, elle ne se sent pas capable avec moi, ba prend la et moi je t'en prends une autre » (...) c'est vraiment pas rapport au lien qu'on a avec telle ou telle personne. Je pense que quand on passe la main à un collègue il ne faut pas se dire « je suis incompétent », c'est juste se dire « ba actuellement je ne suis pas encore capable de prendre en charge cette personne, je n'ai pas encore compris qu'elle est mon erreur et il faut que je réfléchisse ». »  <u>Quand ils se rendent compte que l'AT n'est pas adapté pour la personne :</u> « Non honnêtement je ne prends pas d'initiative de moi-même parce que heu, enfin j'ai pas la science infuse et je pense que chacun est formé, diplômé pour tel ou tel acte et que si on a une ergo c'est pas pour décorer dans la maison. (...) Non, chacun à son diplôme et est meilleur dans un domaine que l'autre. Donc s'il y a un problème au niveau de la manutention, il ne faut pas chercher à faire soi-même, il faut demander à l'ergo ce qu'elle en pense, toujours demander. »	

ACTIONS DE L'ERGOTHERAPEUTE SUR LE TERRAIN			
Types de conseils donnés aux AS	<p>« Ba elle nous donne tous les conseils déjà pour nous, pour préserver notre dos, pour adopter les bonnes postures et puis après aussi des bons conseils pour les résidents. Voilà justement pour qu'on est moins de difficultés et que le résident ait moins de difficulté lui aussi à se déplacer, à faire ses transferts, et que chacun y trouve son compte. »</p> <p>« Oui on travaille beaucoup en collaboration avec elle ça c'est indéniable oui. En général elle nous trouve toujours la solution au petit problème hein, que ça soit un problème au niveau des transferts, que ce soit un problème ergonomique si il faut une mousse ou quelque chose.»</p>	<p>« quand on a une difficulté, quand on ne sait pas comment faire, et bin on se donne rendez-vous le lendemain et puis « ba demain tu vas me dire quelle est ta difficulté et on va faire ensemble, et je vais te montrer comment tu peux faire ». Alors des fois il me donne une solution, des fois 2, des fois 3, voilà « tu choisis celle que préfères ».</p> <p>« Ah oui ça nous aide beaucoup. Heu le matériel c'est pareil hein, je veux dire tout ce qu'on a besoin, on passe par lui et c'est lui qui, voilà. » et « tout le matériel, tout ce qu'on a, il nous explique tout »</p> <p><u>Qu sur s'il donne des conseils pour faire participer le résident :</u> « Oui bien-sûr. Ah ba bien-sûr. C'est ce que je te disais toute à l'heure. Oui, on va le voir et on voit ensemble. Quand moi je me suis rendue compte que ce n'était pas ça, donc je lui en parle et puis le lendemain il vient avec moi et je le regarde faire, et on voit lui ce qu'il arrive à tirer de heu, de plus que moi. » &gt;&gt;&gt;</p> <p>Types de conseils « Dans les choses que moi je ne sais pas, lui en tant qu'ergo, heu voilà au niveau de la motricité (du résident), heu voilà comment se positionner » &gt;&gt;&gt; donne exemple d'une personne hémiparétique « il va me dire « (...) peut-être que tu t'y es mal prise parce que tu n'étais pas du bon côté. Heu voilà, le bras qui fonctionne, de quel côté il doit attraper le fauteuil, l'accoudoir, le machin, le voilà. (...) Tout ça c'est tout l'ergo qui nous l'explique. » = Conseil sur comment réaliser le transfert en fonction des troubles de la personne</p> <p>Explications sur les répercussions des troubles cognitifs et des démences « Tout ça, ça aide à comprendre pourquoi ça se passe comme ça et comment les aider. Et ça notre ergo il nous l'explique. Il nous l'explique à chaque fois hein. »</p> <p>« nous en tant que soignant, à la base, tout ce qui est troubles cognitifs, au début moi je connaissais pas trop quoi hein. Je connaissais la maladie d'Alzheimer, heu toutes ces maladies apparentés mais sans plus. C'est sûr qu'après avoir fait la formation d'ASG, où là on approfondie tous les troubles de la mémoire, et voilà quand on sait toutes les parties touchées, heu les gestes, ne plus se rappeler d'un objet, de comment il s'appelle, (...). Tout ça, ça aide à comprendre pourquoi ça se passe comme ça et comment les aider. Et ça notre ergo il nous l'explique. Il nous l'explique à chaque fois hein. » = c'est l'explication des troubles du résident qui intéresse les AS</p>	<p>« Heu elle nous a aussi expliqué des techniques « ba pour tel transfert, vous pourriez vous mettre comme ça ». »</p> <p>« Pour le matériel, pour par exemple tout ce qui va être lève-malades, verticalisateurs, elle va nous expliquer « ba on peut se placer de tel côté ». Heu les fauteuils, moi par exemple pour les cales-pieds, heu c'était un truc qui me saoulait. Enfin la plupart du temps ça se démontait parce qu'on avait une personne qui forçait vraiment. Du coup elle nous avait expliqué une petite technique pour remonter le cale-pied, de façon à ce que la personne n'est plus aucun appui »</p> <p>« notre ergo participe aux soins quand il y a des difficultés pour qu'elle regarde où nous on bloque et qu'elle nous apporte son savoir pour nous aider à améliorer ça. »</p> <p>Concernant démarche loc/achat FR : « Elle nous a vraiment apporté..., heu elle fait les démarches pour les commandes de matériel pour le personnel, pour le patient. Et on ne s'en rend pas forcément compte quand elle est pas là, enfin dans le sens que au début je ne m'en rendais pas compte, mais vraiment depuis qu'elle est là on s'en rend compte quand on a des patients, c'est devenu largement plus simple les transferts. Ou pour l'installation de patients, je reprends l'exemple de ce monsieur, avant qu'elle arrive, son fauteuil c'était une cata et elle a fait les démarches et au final ce monsieur a repris du poil de la bête si je peux me permettre. <u>Maintenant on arrive à vraiment le stabiliser debout lors des transferts. Ce monsieur a repris confiance et il nous aide largement mieux qu'avant.</u> Avant c'était compliqué et je pense que l'ergo a vraiment une place importante dans la structure »</p> <p>« sur le matériel elle s'y connaît vraiment bien et ça fait plaisir. Il y a des choses que nous on ne sait pas comment faire sur le matériel et honnêtement tout ce qui est fauteuil, moi je vais pas pouvoir dire que tel fauteuil c'est tel modèle et que il y a ça, ça, ça là. Je n'y connais rien vraiment sur les fauteuils et c'est pour ça que (nom de l'ergothérapeute) intervient et nous explique. »</p> <p>« Heu, oui ! Il y a des choses qu'elle m'a expliqué, (...) pour les installations pour tout ce qui va être les fauteuils ou autre. (...) C'est vrai que depuis qu'elle est là, on a vu la différence quand elle nous a expliqué comment mieux installer la personne au fauteuil. (...) elle nous a montré « il faut mieux faire comme ça pour telle pathologie, comme ça, comme ça, comme ça » et au final on voit la différence hein, vraiment. »</p>

		<p>« il nous explique tout » &gt;&gt;&gt; « à tous les niveaux, les installations, que ce soit au fauteuil ou au lit, heu pour tout, pour tout. »</p> <p>Donne l'exemple d' « une personne qui vient d'être alitée depuis quelques jours, qui a un début d'escarre talon et sacrum, et puis elle a une insuffisance respiratoire donc elle est sous oxygène. (...) tout de suite ça nous manque parce que pour les installations aux lits j'ai besoin de lui. J'ai besoin de lui parce qu'il y a le sacrum, le talon, mais il y a aussi l'insuffisance respiratoire donc il faut quand même la relever. »</p>	
<b>EFFICIENCE DES INTERVENTIONS QUOTIDIENNES DE L'ERGOTHERAPEUTE</b>			
Intérêts de ces interventions quotidiennes par rapport à des formations ponctuelles	<p>« Là ce qui est intéressant chez nous, c'est qu'on a l'ergo présente dans la maison au quotidien. Elle est là tous les jours du lundi au vendredi donc on peut la solliciter n'importe quand. Quand on a besoin, elle répond présente. »</p> <p>« Elle nous montre vraiment les choses sur le terrain, donc comme on dit, il n'y a rien de mieux pour apprendre que d'être sur le terrain. »</p> <p>Après c'est vrai, les difficultés pour nous des fois c'est de se rappeler, alors des fois il y a des mouvements, il y a des choses qu'on ne retient pas, d'où l'intérêt de nous les rappeler à chaque formation tous les ans et même au quotidien. C'est toujours intéressant de revoir ce qu'on a déjà vu de façon à ce que les gestes deviennent instinctifs et qu'on est plus à réfléchir pour se dire, « Ah ba tiens comment je vais faire pour adopter la bonne posture ? ». Là où ça sera vraiment gagné c'est quand on arrivera à ne plus réfléchir et à le faire instinctivement. »</p> <p>En parlant de sa formation initiale : «Après ce que j'ai le plus retenu et le plus appris bien-sûr c'est sur le terrain, dans l'établissement où je travaille actuellement»</p> <p>« ça fait 11 ans que je suis aide-soignante, mais j'ai encore besoin d'accompagnement de ce côté-là et je trouve que c'est important tant pour le résident que pour le soignant. »</p> <p>« Heu non la seule chose, que voilà, je tiens à vous souligner, c'est que vraiment c'est une chance d'avoir une ergothérapeute dans la maison. Parce que moi j'ai connu le avant et je connais le maintenant. (...) Nous aujourd'hui on a cette chance là et c'est, c'est vraiment intéressant, pour les résidents comme pour nous hein. »</p>	<p>« Ca nous apporte que, une formation on oublie vite hein. On oublie vite ce qu'on nous apprend, on ne retient pas tout hein. D'ailleurs c'est pour ça qu'on refait des formations hein.(...). Donc heu là, le fait de l'avoir là, ba c'est sans arrêt, heu voilà, je suppose que lui il doit se dire « je me rabâche sans arrêt », mais nous voilà on a besoin de ça.»</p> <p>« Voilà donc c'est vraiment bien. Il a beaucoup de qualité parce voilà, on peut bien discuter, et puis il m'explique tout à chaque fois, c'est très bien. Et on en a bien besoin. »</p> <p>Explique que depuis que l'ergo est là « C'est vrai que ça nous aide beaucoup, et pour tout on s'embête plus, alors qu'avant c'était nous heu, là on qu'à transmettre.(...) et puis voilà, derrière il fait ce qu'il faut.</p>	<p>« Ba au moins on se sent rassuré, on se dit qu'elle va être là, qu'elle sera à coté de nous. Moi je trouve que c'est mieux de l'avoir vraiment au quotidien avec nous, parce qu'une formation ça va être par exemple une fois tous les 3 - 6 mois – un an, alors que là on sait que la semaine d'après on va la revoir et elle va peut-être nous réexpliquer un autre truc, où nous remonter un geste qu'elle a fait la semaine dernière. Et puis une formation par exemple de 7 heures, vous avez 7 heures pour retenir les gestes qu'on vous a montrer et on vous montrera pas les gestes avant 3 - 6 mois ou un an alors que vous vous rappelez plus exactement ou mettre tel pied, ou comment apporter tel ou tel confort à la personne. Ba là vous savez que la semaine d'après, l'ergo va être là et vous pourrez lui redemander. »</p> <p>« Donc vous trouvez que ça vous aide beaucoup, heu, au quotidien ? Ah oui. Avant, quand j'ai commencé il n'y avait pas d'ergo. Enfin l'ergo était là mais pendant longtemps elle était absente. Et franchement je vois la différence</p> <p>« E : D'accord. Et vous trouvez que ces conseils sont plutôt utiles et applicables au quotidien. AS-4 : Oui tout à fait. Vraiment oui ça se ressent »/ « Depuis qu'elle est présente, j'ai pu avoir vraiment du temps. A chaque fois que j'ai fait une demande, généralement quand je revenais la fois d'après, que je la revoyais ba ça avait été pris en compte et elle m'avait apporté ce qu'il me manquait. »</p>



<p>Contraintes à leur mise en œuvre</p>	<p>Pas de limite au fait que l'ergo soit là au quotidien avec les AS « Ba écoutez non, moi je trouve que c'est un plus. »</p> <p>Au niveau de l'organisation « Ba justement elle s'adapte et c'est parfait. Quand on rencontre une difficulté on lui en fait part le jour même. Le lendemain elle essaye de mettre en pratique »</p>	<p>Pas de limite : « Ah non pas du tout. Non puisque comme je t'ai dit pour moi son aide est très importante. »</p>	<p>« Non je ne vois pas de limite. Après c'est vrai que ça dépend aussi, nous, comment on perçoit ces interventions. C'est sûr si on part du principe que voilà elle va encore nous dire « il faut améliorer ça, faire ça comme ci ». Si on est du genre à se dire « Ah bon ba elle me fait des reproches », ba on n'avance pas. A un moment il faut se dire aussi « c'est bénéfique pour nous, bénéfique pour le patient » »</p>
<p>Améliorations possibles</p>	<p>« Heu non pas spécialement non. Ça va très bien comme ça déjà. Elle est très disponible. Elle nous montre vraiment les choses sur le terrain, donc comme on dit, il n'y a rien de mieux pour apprendre que d'être sur le terrain. Donc non c'est déjà bien comme ça. »</p>	<p>« Ah non franchement. Tout va bien avec (prénom de l'ergothérapeute). Il est vraiment sérieux »</p>	<p>« Ba c'est pas vraiment une suggestion mais c'est vrai que moi ce que je regrette quand même c'est de ne pas l'avoir plus souvent sur la maison. C'est la chose vraiment que je regrette parce que par exemple au lieu de prendre une semaine pour avoir une réponse, parce que du coup elle y peut rien mais on la voit une fois sur 2 vu qu'on est en 12 heures, mais par exemple si elle était là 3 - 4 jours ba on pourrait la revoir 2 jours après pour lui demander « qu'est-ce qu'on fait en attendant ? ». C'est vrai que la voir plus souvent ça serait le top du top. »</p>
<p>Influence sur la performance et la satisfaction professionnelle des aides-soignants</p>	<p>« votre manière d'accompagner les résidents lors des transferts heu, est-ce qu'elle a changé depuis que vous travaillez avec l'ergothérapeute ? AS-2 : A ba c'est certain ! Oh oui, beaucoup. Je vous avoue qu'avant moi les bonnes pratiques de manutentions c'étaient..., déjà je ne les connaissais pas.</p> <p>« Et là ce qui est bien, c'est qu'on a tout le temps quelqu'un pour, même si on a un petit trou, même si on a des difficultés, on sait qu'elle est là, qu'on peut faire appel à elle n'importe quand. Et puis qu'elle peut réajuster, nous redire les choses, elle peut nous remontrer encore une fois. Donc je suis sûre que ma façon de travailler a changé hein. »</p> <p>« Voilà avant (l'arrivée de l'ergothérapeute) on ne tendait pas trop à préserver l'autonomie peut-être, maintenant c'est vrai que on sait bien, on a bien pris compte que c'était vraiment important, que même si c'était minime et ba il fallait la laisser au résident. »</p> <p>« Tout à fait, au niveau sécurité, voilà pour le résident, c'est sûr que c'est plus sécurisant d'employer les gestes et bonnes postures. Et puis moi aussi je me sens quand même mieux, par rapport à mon dos, à pleins d'autres choses, voilà je prends soin de moi. Je prends davantage soin de moi que je ne le faisais avant. » et « pour prendre soin d'une personne, il faut déjà commencer par savoir prendre soin de soi. »</p> <p>Façon de percevoir son travail « Ba ce n'est pas qu'elle a changé. J'ai toujours travaillé dans cette optique-là, c'est ce</p>	<p>« La prise en charge des résidents elle est 10 fois mieux. Donc, et pour nous et pour eux, parce que eux aussi ils sont gagnants hein. On les aide beaucoup plus parce que du coup avec un ergo, heu voilà. Et le fait d'avoir cet ergo, on va encore plus loin. On essaye de plus en plus de faire des choses, d'améliorer, parce que nous l'ergo, on savait sans savoir trop ce que c'était. Et là bon ba on découvre au fur et à mesure(...) on se rend compte de tout ce qu'on peut faire avec l'ergo »</p> <p>« Ba il a changé que je travaille avec plus de connaissances. Je travaille en sachant ce que je fais et pas juste comme ça, juste à peu près. Voilà je sais ce que fais par rapport au cas de la personne, je sais comment faire. »</p> <p>Par rapport au fait que l'ergo vienne lors de difficultés et propose des solutions en fonction des difficultés des AS : « Ah oui ça nous aide beaucoup. Heu le matériel c'est pareil hein, je veux dire tout ce qu'on a besoin, on passe par lui et c'est lui qui, voilà. »</p> <p>« si on a besoin de lui pour les toilettes heu, pour tout. Il nous explique tout, on travaille vraiment ensemble et vraiment ça nous aide beaucoup hein. » et « à tous les niveaux, les installations, que ce soit au fauteuil ou au lit, heu pour tout, pour tout. » + « tout le matériel, tout ce qu'on a, il nous explique tout » &gt;&gt;&gt; « On a rien à dire de ce côté-là franchement c'est top. Non mais c'est bien ça fait plaisir quand même hein. »</p>	<p>« moi à chaque fois que l'ergo est intervenu elle (...) a vraiment apporté du confort par le matériel qu'elle pouvait mettre en place pour le résident. Nous aussi elle nous a apporté notre bien-être à nous, parce que du coup on forçait moins. (...) Heu elle nous a aussi expliqué des techniques « ba pour tel transfert, vous pourriez vous mettre comme ça ». » / « Non vraiment franchement, elle nous a apporté des aides-techniques, des aides matérielles et je trouve que c'est important. On a vu la différence. » = apporte confort/facilité</p> <p>« Heu oui, je trouve que depuis qu'elle est présente, c'est vachement moins compliqué. Et j'ai compris aussi pas mal de chose du coup je m'amuse à, enfin je prends ça comme un jeu, « ba telle personne pourquoi elle serait comme ça ? Bon ba on va essayer comme ça, bon ba on va peut-être la réinstaller un peu mieux comme ça ». Enfin moi honnêtement depuis qu'elle est présente, j'ai compris certaines choses, enfin pour l'installation de la personne surtout. Parce que installer une personne au fauteuil on peut se dire que c'est tout banal. On peut se dire qu'il suffit juste qu'elle est les fesses bien au fond du fauteuil, mais non en fait il y a pleins de critères à prendre en compte » = conseils en manutention, s'étendent à des conseils en installation, pour éviter de faire sans arrêt des manutention</p> <p>« Et surtout le fait qu'elle soit présente ça rassure aussi. Et puis je sais que c'est une ergo qui part du principe que, par exemple il y a un monsieur qu'elle aimerait qu'on essaye de lever au lève-malade alors que nous actuellement on le fait en transfert à 2, ba la dernière fois elle m'a dit « non mais il faut aussi penser à votre dos, moi ça me dérangerait si vous vous faisiez tous mal alors que ce monsieur on pourrait peut-être trouver une autre solution, un peu plus simple et un peu plus adéquate. Et d'un côté ça rassure d'entendre des gens qui disent « je m'inquiète un peu pour vous aussi et aussi un peu pour le</p>

	<p>qu'on apprend à l'école d'aide-soignante de préserver au maximum l'autonomie, que ça soit pour les transferts ou autres hein. On doit toujours laisser la personne le temps de faire ce qu'elle peut faire par elle-même et ne pas faire à sa place. Ce qu'il y a c'est que ça m'a juste heu, <u>ça m'a ouvert des portes et ça m'a donné des outils justement pour continuer dans ce sens-là pour les transferts.</u></p> <p>E : Ça doit apporter une certaine satisfaction de pouvoir le faire ?</p> <p>AS-2 : A ba ça c'est certain oui. »</p> <p>« Oui, oui je me sens plus efficace mais je ne vous cache pas que j'ai sans cesse besoin d'apprendre. »</p> <p>« Et puis moi aussi je me sens quand même mieux, par rapport à mon dos, à pleins d'autres choses, voilà je prends soin de moi. »</p>	<p>Explique que depuis que l'ergo est là « C'est vrai que ça nous aide beaucoup, et pour tout on s'embête plus, alors qu'avant c'était nous heu, là on qu'à transmettre.(...) et puis voilà, derrière il fait ce qu'il faut.</p> <p>« Heu ba j'ai moins mal au dos. (...). Depuis qu'on a (prénom de l'ergothérapeute) je préserve un peu plus mon dos » &gt; « parce que c'est vrai que depuis qu'on a appris à préserver leurs capacités, à les laisser faire, et ba du coup on fait moins et puis on force moins sur notre dos aussi »</p> <p>« Mais voilà avant qu'on puisse travailler avec des ergos, puisque moi quand j'ai débuté, ergo je ne savais pas trop ce que ça voulait dire hein. Il n'y en avait pas. Donc on travaillait comme ça, on se débrouillait, on avait aucune formation, donc là on s'est bien fracassé le dos, puisque les capacités préservées, tout ça on ne connaissait pas. Donc la personne, on faisait ses transferts, allez hop, du lit au fauteuil sans même évaluer de quoi elle était capable encore. »</p> <p>(...)AS-3 : Non j'ai un diplôme qui date de 24 ans en arrière, donc non non non je n'ai pas appris tout ça. »</p> <p>« si je pense que je suis plus efficace maintenant, c'est parce que moi déjà je vais me sentir en sécurité pour moi. Donc si moi je suis en sécurité, il y a plus de chance pour que lui soit en sécurité. Si moi j'ai confiance, lui il aura confiance. Heu voilà ça se transmet tout ça. Si j'arrive et que je suis très à l'aise dans ce que je vais faire, heu voilà, je suis en confiance, il est en confiance. »</p> <p>« E : D'accord. Donc le fait de travailler avec l'ergothérapeute, ça vous a <u>donné une confiance en vous</u> que vous n'aviez pas avant.</p> <p>AS-3 : Ah oui beaucoup. Je ne peux pas être moi en sécurité lors d'un transfert si le résident n'est pas en sécurité, c'est pas possible quoi. Donc en fait ça va ensemble hein. » = la sécurité apporté pour le résident lors des transfert par l'ergo permet aux résidents d'être plus en confiance, plus à l'aise dans ce qu'ils font, et cette confiance se transmet aux résidents</p>	<p>patient donc on va voir qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que ça soit plus efficace</p> <p>E : D'accord. Trouver un compromis.</p> <p>AS-4 : Voilà. » /</p> <p>« Oui je pense que l'ergothérapeute c'est un petit peu comme un petit ange sur notre épaule. En fait je pense qu'il faut penser, dans le sens que les 3 critères que vous avez dit c'est tout à fait ça, il faut penser à nous mais aussi il faut penser aux patients et je pense que le fait qu'il y est une ergo ça nous rappelle au quotidien, voilà ba que faut faire comme elle aimerait qu'on fasse. Et moi je trouve que c'est vraiment important et c'est tout, c'est tout. » /En parlant de l'ergothérapie : « Non je pense que c'est un métier qui a une charge de travail qui est quand même conséquente dans les EHPAD et surtout il faut qu'elle prenne en compte le fait que le personnel doit se sentir bien dans les transferts, en fait faut qu'elle fasse la balance entre le 50-50, il faut que ça soit bien pour le patient et pour le soignant. Donc je pense que c'est compliqué des fois de trouver le bon équilibre. = <u>l'ergo aide à trouver des compromis entre les besoins du résident et des soignants</u></p>
--	---	---	--

## ANNEXE XV : grille aides-soignants/ergothérapeutes

		AS	Ergo
<b>EVALUATION DE L'APTITUDE DU RESIDENT A REALISER SON TRANSFERT</b>			
Modalités d'évaluation par l'aide-soignant	Critères évalués	<p>1 - bonne connaissance du résident, degré d'autonomie, appui sur MI et MS, compréhension des consignes, capacité de faire</p> <p>2- ce qu'il peut faire et pas faire, toutes ses capacités, si capable de se mettre debout, faire son transfert, jusqu'où il peut aller, si aide, prend appui</p> <p>3- appuis, poids, taille, pathologie, cohérence, capable d'aider, confiance mutuelle, état de fatigue s'adapter tous les jours à la personne, sa motivation, son désir, son état physique et psychologique</p>	<p>Capacités physiques surtout, et cognitives (compréhension) ; aussi importance appréhension, douleur</p> <p>1- : physique (tonus, tenir debout, pousser sur les jambes), appréhension, compréhension, douleur</p> <p>2- : physique (tonus, amplitudes articulaires, cutané, trophique, appui autorisé), risque chute, fatigabilité, capacités cognitives, schéma moteur, douleur</p> <p>3- : physique (tenir debout, tonus, appui au sol, amplitudes), cognitif, compréhension, appréhension (angoisse), antécédents)</p>
	Moyens d'évaluation propre aux AS	<p>1--se base sur informations communiquées par rapport à l'autonomie de cette personne à son arrivée dans l'établissement + découvre au fur et à mesure au moment des soins + proposition de l'ergo mais décisions prises en équipe</p> <p>2- quelques renseignements « il tient debout » mais souvent pas tout à fait ça + puis vont sur le terrain à 2 (parce qu'on ne sait pas ce qui nous attend) pour voir de quoi est capable le résident en lui laissant le temps de faire + puise en parle avec ergo, kiné, infirmières pour voir ce qui peut être mis en place</p> <p>3- : rapports précédents des kinés, des ergos, des médecins quand il y en a + fait déjà le transfert à 2 dans les premiers temps</p>	<p>Surtout de l'observation lors de mises en situations AVQ (toilette, transfert) en lien avec connaissance du résident (dossier, bilan entrée, antécédents). 1- utilise AGGIR</p> <p>1- : observation (mise en situation transfert pour tester, la solliciter comme si elle ne la connaissait pas), connaissance dossier, grille AGGIR</p> <p>2- : observation + bilans d'entrée (Get up and Go, Time up and Go; bilans maison mise en situation AVQ dont toilette, analyse schéma moteur)</p> <p>3- : observations + bilans maison (mises en situation AVQ dont toilette, mise en situation transfert spécifiquement si difficultés) + connaissance dossier</p>
Transmission du diagnostic ergothérapeutique aux aides-soignants		<p><b>Intérêts</b></p> <p>AS1 -aide pour « évaluer l'autonomie de la personne » et propose une solution de manutention + aide à réajuster l'accompagnement en cas d'évolution du résident</p> <p>2- Aide à évaluer les capacités du résident et travaille en collaboration avec les AS pour choix des aides techniques à mettre en place</p> <p>3- aide à l'évaluation des capacités + donne son point de vue dans les solutions à mettre en place</p>	<p><b>Modalités :</b></p> <p>Toujours trace écrite dans dossier informatisé + transmission à l'oral directement avec l'équipe</p> <p>Toujours capacités-incapacités (physiques, cognitives...), indépendance AVQ, adaptations à mettre en place + 1- qui fait rappel manutention</p> <p>1- : dossier informatisé accessible aux infirmières, note dans transmissions générales pour les AS ; indépendance personne selon ses capacités, aides techniques nécessaires, compréhension + rappel techniques manutention</p> <p>2- : oral sur le terrain, écrit dossier informatique, staff ; capacités physiques, indépendance AVQ, conseils aménagement</p> <p>3- : dossier informatisé + transmission orale avec équipe ; capacités-incapacités, capacités fonctionnelles, adaptation à mettre en place</p> <p><b>Intérêts :</b></p> <p>1- : avoir trace écrite si besoin en plus</p> <p>2- : faciliter leur travail en utilisant plutôt l'accompagnement postural, gestuel via une AT que le lève-malade</p>
Efficacité du mode de transmission du diagnostic ergothérapeutique		<p>1 et 2 -efficace</p> <p>3 -efficace mais pourrait l'être davantage si l'ergo était présent plus souvent. Le fait qu'elle soit peu présente oblige les équipes à prioriser les questions qu'ils vont lui poser pour ne plus la surcharger de question qu'elle ne l'est déjà</p>	<p>Non lu dans dossier médical (d'où l'intérêt de faire aussi à l'oral)</p>

EVALUATION DES ELEMENTS ENVIRONNEMENTAUX INFLUENÇANT LA PARTICIPATION DU RESIDENT LORS DES TRANSFERTS			
Eléments facilitateurs ou obstacles identifiés par les aides-soignants	1-(spontanément) Laisser le temps / le simple fait que le soignant fasse à la place(/puis) bien prévenir et expliquer au résident ce qui va se passer 2-(spontanément) le regard des autres résidents/ (puis) le stress du soignants provoqué par le manque d'espace dans les chambres pour réaliser la manutention qui se transmet au résident + le manque de mise en confiance du résident 3-(spontanément) manque d'espace dans les chambres ne permettant pas aux soignants de faire participer les résidents/ (puis) les AT choisies, la capacité du soignants à s'adapter chaque jour à l'état physique et psychologique du résident, le lien et les affinités entre AS et résidents	Pour les 3 : Environnement matériel (aménagement chambre) et social ; 1- : temps laissé à la personne 1-temps laissé à la personne, espace de la chambre et son aménagement et AT (environnement matériel), environnement social 2- espace de la chambre et son aménagement 3- environnement matériel (FR, lit, meubles), environnement social (stimuler, informer, affinités)	
Preuve en compte de l'environnement dans lors l'évaluation de l'état du résident à réaliser ses transferts	Oui / Non	1-essaye mais pas toujours le temps de laisser temps au résident 2- Bien-sûr 3-essaye	2et 3- oui 1- pas réponse (mais cité dans réponse précédente que oui)
	Si oui comment	1- font intervenir l'ergo pour réévaluer régulièrement l'environnement et ne pas empiéter sur l'autonomie du résident 2- Quand elles y pensent et s'y prennent correctement, elle libère la pièce le plus possible 3- si ergo pas là : demande l'avis des infirmières et des kinésithérapeutes pour trouver des solutions sur comment réaliser les transferts mais généralement sollicite vraiment l'ergo.	1-bouge meubles (environnement physique, aménagement environnement) + bonne utilisation du matériel adéquat par les AS 2-AT nécessaire, aide humaine nécessaire 3-AT nécessaires, adapter environnement, relation avec soignants, comportement à avoir avec résident, fait lien entre toutes les infos (ses observations + ce que dit l'équipe+ dossier médical)
MOYENS DE FAVORISER LA PARTICIPATION DU RESIDENT LORS DES TRANSFERTS			
Recherche systématique de la participation des résidents	Tous oui		
Intérêt perçu par l'aide-soignant	1- Evite la douleur du résident, Préserver leur autonomie, Eviter les risques sur la santé du soignant 2- Allège la charge de travail, Valorisant pour le résident Préserve les capacités du résident, Mieux vécu par le résident 3- <b>Evite la grabatisation</b> du résident, demande un effort du soignant au départ mais allège la charge de travail à long terme, fierté/valorisant pour le soignant si le résident progresse	Maintien indépendance, facilite travail AS, maintien des capacités (physiques et cognitives et sociales) + évite douleur, tb comportement, angoisse 1- maintien de l'indépendance, facilite travail AS, limite trouble le comportement (agressivité), limite douleur, prouve à la personne qu'elle a encore des capacités de faire, de décider 2- éviter grabatisation, maintien des capacités, facilite travail AS 3- facilite travail AS, éviter d'être passif, améliorer le confort, maintien indépendance, rassure (évite angoisse), interagir avec eux, les stimuler	
Difficultés rencontrées par les aides-soignants pour faire participer les résidents	Oui / Non	1-/ 2-outi 3-outi	1 et 3- oui 2- non car équipe ancienne qui connaissent bien matériel
	Si oui, raison (s)	1- Stress du soignant quand chambre trop petite, qui est transmis au résident + ne savent pas comment s'y prendre face à des refus catégoriques des résidents 2- se sentent démunis face à des résidents déments qui ne comprennent pas la situation + demande l'effort de laisser le temps à la personne 3- quand résident dément agressif car ne comprennent la situation+ reconnaît « on est pressé, on n'est pas forcément attentif. »	1 et 3- : Surtout manque de temps ; 3- : démotivation car résident réagit pas ; 1- : ont appris à faire à la place 1-AS « font à la place de » pour gain de temps, ont appris comme ça en stage 2-As bien formées, qui ont acquis plus de technique 3- manque de temps, démotivation face au manque de réaction des résidents (fatigue, aphasie)

Moyens pour pallier à ces difficultés	1-repasser plus tard 2-guider verbalement le résident (expliquer par étapes)/ demander l'avis des résidents, s'ils ont une proposition et reposer plusieurs fois jusqu'à ce que peut-être il y ait un déclic+ instaurer une relation de confiance 3- demander l'aide d'un collègue pour faire la manutention à 2, prendre le temps pour les patients	Soit ergo travaille avec résident sur sa participation, soit ergo fait avec équipe 1-l'ergo leur montre comment faire, insiste sur importance prendre le temps, utiliser bon matériel ; l'ergo travail la participation avec le résident 2- l'ergo passe régulièrement pour travailler avec le résident 3- l'ergo intervient régulièrement avec les équipes ou seule avec résident ; ergo fait le point régulièrement avec équipe
Interventions possibles pour limiter ces restrictions de participation liées à l'environnement	1- Prendre le temps d'expliquer à la personne ce qu'on va faire MAIS manque de temps !/ Se réorganiser autrement (aller voir un autre résident et repasser plus tard) 2- Anticiper en préparant l'espace, faire de la place / et quand stress du soignant transmis au résident : identifier la source de son stress, passer le relais, expliquer au résident ce qui pose problème (dialogue) 3-passer la main, demander l'aide de l'ergo quand problème avec une AT (estime quepas les champs de compétences des AS)	Trouver AT adaptée (1- et 3-), aménager chambre (3- et 2-) → mais se recoupe avec question sur facilitateurs, obstacles 1-l'ergo aide à trouver solution adaptée en faisant plusieurs essais avec le résident, permet acceptation d'une AT 2-ergo travail un temps avec l'AS avec surtout conseils manutention pure, pas trop aménagement de chambre (parfois oui et informe AS dans transmission) 3- adaptation chambre (aménagement pièce, trouver AT)
<b>ACTIONS DE L'ERGOTHERAPEUTE SUR LE TERRAIN</b>		
Types de conseils donnés aux AS	1- Conseils posturaux pour que les AS préserve leur dos + conseils pour les résidents est moins de difficulté/ conseil pour l'installation des résidents « que ce soit un problème ergonomique si il faut une mousse ou quelque chose »  2-propose différentes solutions quand les AS ont des difficultés/ s'occupe d'amener le matériel, explique l'utilisation du matériel / Aide à trouver des solutions pour faire plus participer le résident et donne <b>notamment</b> : aide comprendre les réactions des résidents et comment agir en fonction de leur troubles (démences, hémiplégié)/ aide pour l'installation au lit/ FR.  3- Donne des techniques de transfert/ conseils sur l'utilisation du matériel en particulier des FR/ aide à trouver des solutions quand situation difficiles/ S'occupe du choix et des commandes de matériel pour l'installation du résident pour éviter les manutentions de repositionnement/ aide à adapter le moyen de réaliser les manutentions en fonctions des troubles du résident/	1-propose des actions ou montre techniques, voit avec elles possibilités ; rappel régulier sur AT (utilisation), indications concernant aménagement environnement pour faciliter transferts (position du matériel de transfert, du fauteuil), rappel sur techniques GAPA, conseils habillage-déshabillage (si participe à l'habillage, participera + aux transferts), insiste sur importance prévenir résident et collègue signal départ manutention 2-conseils accompagnement gestuel (surtout quand démence), rappel pathologie et sa conséquence, aide à s'adapter aux changements des capacités des résidents 3-conseils adaptés au résident (lui parler, lui expliquer), rassurer les AS sur leur pratique, prévention TMS (mais après le transfert), conseils ergonomie, propose solution, essai et choix d'une AT selon équipe après observation, explication maintenance matériel, apprentissage réglage simples de matériel, conseils utilisation matériel  <b>Modalités :</b> 1-soit quand elle le voit, soit elle leur demande de leur montrer ou fait avec les AS 2-multiplie moyens de communication (sur le terrain montrer à AS, trace écrite dans dossier, transmission courte aux AS), As interpellent ergo quand passe dans service ou au staff 3- fait des essais avec résident et AS afin d'adapter la solution et trouver solution idéale pour tout le monde, travaille avec infirmières qui font relais entre les 2 équipes d'AS, transmission dossier informatisé, transmission orale, faire des démonstrations, incite à communiquer au sein de l'équipe ; planifie un RDV,
Autres (ergo seulement)	<b>Auprès de l'équipe soignante :</b> 1- : formation par niveau sur une journée avec 4 ou 5 AS ; intervient 1 fois par semaine lors levers-toilettes et parfois couchers ; évaluation des nouveaux arrivants (15 à 30 min avec AS) ; intervient auprès AS-infirmières-AMP 2- : tous les matins est avec les AS (fait tour du service), venues régulières ou se détache spécifiquement pour une toilette, toilettes évaluatives (incluant transferts) 3- : 1 formation théorique sur TMS ; intervention sur terrain lors situation problématique, évaluation de toilette, 30 minutes, auprès AS, aux de vie, infirmière  <b>Comment AS interpellé Ergo :</b> 1- : soit AS appellent dans son bureau ou interpellent dans couloirs 2- : lors de son tour des service, les AS l'interpellent ou au staff 3- : AS laisse un mot ou l'appelle ou info donnée lors relève ou au staff  <b>Préconisations à la direction :</b> 1- et 2- pour choix et achat matériel 1- demande achat-location matériel 2- intervient dans le choix et les demandes d'investissement en matériel (lèves-malades, rail de transferts, les lits médicalisés), bien suivi par directrice 3- non	
<b>EFFICIENCE DES INTERVENTIONS QUOTIDIENNES DE L'ERGOTHERAPEUTE</b>		

Intérêts de ces interventions quotidiennes par rapport à des formations ponctuelles	<p>1-il n'y a rien de mieux pour apprendre que d'être sur le terrain / elle est disponible quand problématique, trouve toujours une solution aux petits problèmes/ Les rappels fréquents de ce qui a été dit en formations évitent d'oublier et permettent que les gestes deviennent instinctifs/ répond à un besoin permanent d'accompagnement/ perçoit un intérêt pour le résident et pour l'AS</p> <p>2- évitent d'oublier ce qui a été dit en formation, sa présence et ses explications au quotidien sont essentielles « on en a bien besoin » « ca nous aide beaucoup »/ apporte tjrs ce dont elle a besoin, « ça nous a facilité la vie »</p> <p>3- sa présence rassure les AS et assure une continuité de l'apprentissage initié en formation (quand oublis peuvent redemander) ses interventions au niveau matériel et notamment au niveau des FR (choix, démarche d'acquisition, conseil d'utilisation) facilitent grandement les transferts en assurant une plus grande participation des résidents</p>	<p>1- intérêt pour les AS car ont tendance à repartir dans leur habitudes, à oublier les conseils ; intérêt pour l'ergo car fait évaluation du résident en même temps et améliore relation avec AS et donc le travail avec AS</p> <p>2- matériel en bon état, AS qui se sentent écoutés, rapidité d'intervention</p> <p>3- trouver des compromis entre contraintes du terrain et exigence du soin, propose solution pour faciliter le soin, être au plus proche des difficultés des soignants, permet prise en charge globale + adapter de manière personnalisée les choix ; permet conseils + personnalisés et spécifique que formation classique, amélioration de l'organisation car + régulier → permet trouver rapidement et efficacement solution</p> <p><b>Retour des AS :</b></p> <p>1- positif</p> <p>2- positif (+ soutien de la directrice)</p> <p>3- positif, les rassure</p>
Contraintes à leur mise en œuvre	<p>1-aucune, au contraire estime que « c'est un plus », s'adapte à leur emploi du temps et « c'est parfait »</p> <p>2-aucune, au contraire « son aide est importante »</p> <p>3-seulement si les AS voit les conseils de l'ergo comme un reproche</p>	<p>Manque de temps pour ergo et AS, organisation entre ergo et AS (comment se contacter, prendre rdv pour voir le transfert, intégration de l'ergo)</p> <p>1-difficulté d'adhésion des soignants, difficulté d'organisation (spontanéité des demandes des AS, AS ne demandent pas ou ont déjà vu le résident), aménagement de la chambre pas toujours définitif, manque de temps des AS, être présent régulièrement peut être crédible aux yeux des AS ; ergo doit être très disponible, besoin que les relations ergo-équipe soient bonnes</p> <p>2-difficulté intégration, besoin expliciter son rôle, chronophage pour l'ergo,</p> <p>3- manque de connaissance ou manque de temps pour les AS, manque de matériel pour régler les AT, manque de temps de l'ergo (pas à temps pleins), prend du temps à mettre en place , organisation avec équipe</p>
Améliorations possibles	<p>1-Aucune « Elle est très disponible »,</p> <p>2-Aucune</p> <p>3- que l'ergothérapeute soit présente plus souvent pour qu'elle puisse apporter des solutions plus rapidement</p>	<p>1- prendre encore plus le temps de montrer les avantages pour les AS</p> <p>3- suivi du matériel, conseils utilisation, réglage du matériel ; améliorer organisation ergo-AS</p>
Influence sur performance des AS à réaliser les manutentions	<p>1-sa manière d'accompagner le résident a changé, a pris conscience que c'était vraiment important de préserver l'autonomie du résident même si elle est minime et surtout l'ergo lui a donné des outils pour le faire.</p> <p>A appris les bonnes pratiques de manutentions, les gestes et bonnes postures</p> <p>2-l'ergo donne des connaissances aux AS pour adapter leur accompagnement en fonction des situations rencontrées, ne fait plus « à peu près », sont plus « à l'aise » et se sentent plus en sécurité et en confiance et cela influence la confiance du résident ce qui facilite les manutentions./ Ergo leur apprend « à préserver les capacités, à les laisser faire » (ne l'avait jamais vu lors de sa formation initiale)</p> <p>3- les transferts se passent mieux, c'est plus « simple », a compris beaucoup de choses par rapport à l'installation de la personne notamment.</p>	<p>1- meilleure utilisation des AT par les AS, meilleure posture de travail, prises de conscience</p> <p>2- changement dans manière dont font travaillent : font plus attention à participation pour éviter grabatation</p> <p>3- meilleure stimulation des résidents</p>
Influence sur la satisfaction professionnelle des AS	<p>1-Satisfaction de pouvoir préserver l'autonomie, se sent plus efficace, se sent mieux par rapport à son dos</p> <p>2- « j'ai moins mal au dos », ne se « fracasse » plus le dos</p> <p>3- apporte « bien-être » « confort » des AS « parce que du coup on forçait moins », rassurant car l'ergothérapeute « c'est un petit peu comme un petit ange sur notre épaule » qui fait « la balance entre la 50-50 » cad qui aide à trouver « un équilibre », un compromis entre comment soigner le résident et se préserver soi.</p>	

## **Intervention de l'ergothérapeute auprès des aides-soignants lors des manutentions en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**

**Introduction :** La manutention de personne est une pratique courante pour les aides-soignants en Ehpad. Elle nécessite de multiples compétences de la part de ces professionnels, à la fois physique, cognitive et relationnelle. Pourtant les moyens et les connaissances mis à leur disposition ne leur donnent pas toujours la possibilité de répondre à la double exigence de ce soin : préserver à la fois la qualité de vie des résidents et leur propre santé.

**Problématique :** En quoi l'intervention d'un ergothérapeute, lors des manutentions quotidiennes de personnes âgées dépendantes en Ehpad, améliorerait la performance et la satisfaction professionnelle des aides-soignants à réaliser les manutentions ?

**Hypothèse :** L'ergothérapeute permet aux aides-soignants de répondre plus facilement aux exigences du soin de manutention en leur donnant les moyens de favoriser la participation des résidents lors de leurs transferts.

**Méthode :** Des entretiens ont été réalisés auprès de 3 binômes ergothérapeute/aide-soignant travaillant en collaboration lors des manutentions quotidiennes des résidents en Ehpad.

**Résultats :** L'ergothérapeute permet aux aides-soignants d'adapter véritablement leur accompagnement en fonction des capacités de transfert de chaque résident, tout en préservant leur propre santé. Il leur indique quels sont les moyens de manutention les plus appropriés, leur apprend comment utiliser le matériel à disposition et comment accompagner verbalement et gestuellement les personnes âgées en fonction des situations rencontrées. Ses rappels fréquents assurent une véritable acquisition des connaissances apportées. De plus, grâce à sa connaissance des problématiques de terrain et son expertise des aides-techniques, l'ergothérapeute est en mesure de participer aux démarches d'acquisition d'équipements d'aide au transfert et de positionnement. Toutes ces actions concourent à une facilitation du travail des soignants et à plus grande participation des résidents lors des manutentions.

**Mots clés :** *ergothérapie, manutention, aide-soignant, Ehpad, participation, personne âgée*

## **Occupational therapist intervention with the caregivers during safe patient handlings in nursing homes**

**Introduction :** The safe-patient handling is a common practice for caregivers in nursing homes. These professionals have to master multiple skills, at the same time physical, cognitive and relational. So far, they do not have enough means and knowledge about this practice. Therefore, they are not able to answer to the double requirement of this care : protect both the quality of life of the residents as well as their own health.

**Issue :** How could the occupational therapist's intervention, during the daily safe dependent elderly handling in nursing home, improve the professional performance and satisfaction of caregivers to realize the safe patient handling ?

**Hypothesis :** The occupational therapist allows caregivers to meet the safe-patient handling care requirements more easily, giving them the means to encourage resident participation during their transfers.

**Method :** Interviews were realized with 3 binomials occupational therapist/caregiver working in collaboration during the daily patients-handlings of the residents in nursing homes.

**Results :** The occupational therapist allows caregivers to really adapt their support according to each resident's transfer capacities, while preserving their own health. He indicates them the most appropriate handling means. He teaches them how to operate equipment and means of guidance to the elderly person according to the situation. His frequent reminders assure a real new knowledge acquisition. Furthermore, thanks to his field issues' analyse and his expertise with technical aids, the occupational therapist can participate in the acquisition process of lifting and positioning aids. Such action facilitates the caregivers's work and allows for better residents's participation during the safe patient handlings.

**Key words :** *Occupational therapy – Safe patient handling – caregiver – nursing home – participation – elderly person*