

PREFMS

Pôle régional d'enseignement
et de formation aux métiers de la santé

Institut de Formation

en

Ergothérapie

- TOULOUSE -



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

D'ERGOTHERAPIE

**« Développement du programme COTID en France : La
délégation dans une équipe pluridisciplinaire, l'ESA »**

*Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 (S6)
et en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute*

Directeur de mémoire : Arnaud SCHABAILLE

ANDRE Mathis

Promotion 2018-2021

Engagement et autorisation

Je soussigné Mathis ANDRE, étudiant en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses **droits de propriété intellectuelle**, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son **autorisation**.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à Toulouse,

Le 06/05/2021

Signature du candidat :



Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens premièrement à remercier Arnaud SCHABAILLE, mon directeur de mémoire. Qui a su prendre le temps de me conseiller, apporter son expertise, qui a su me remobiliser en temps de besoin, et qui m'a permis de mener à bien ce projet.

Je remercie ensuite l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse, pour leurs apports en connaissances, en valeurs, leur soutien tout au long de ces 3 ans de formation et qui m'ont permis d'évoluer en tant que personne et en tant que professionnel.

Je tiens à remercier Hélène N. qui m'aura beaucoup aidé et apporté dans les moments difficiles et de doutes par son professionnalisme, ses connaissances et son optimisme.

Je remercie mes amis de la promotion 2018-2021 pour les bons moments passés ensemble, nos rires, nos peines, qui ont abouti à ce groupe soudé. Une attention particulière est portée à Florian, qui aura su me soutenir dans les moments difficiles.

Je remercie évidemment ma famille, mes parents, mon frère et mes sœurs, mes grands-parents, et les autres pour leur soutien inconditionnel et qui font ma fierté depuis tant d'années.

Je remercie enfin les ergothérapeutes qui ont généreusement souhaité participer à cette étude grâce aux entretiens, sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1) Situation d'appel.....	2
2) Vivre avec la maladie d'Alzheimer	2
2.1 La maladie d'Alzheimer	2
2.1.1. Histoire de la maladie	2
2.1.2 Définition et étiologie.....	3
2.1.3. Les stades de la maladie et symptômes	4
2.1.4. Traitements	6
2.2 Les conséquences de la maladie	7
2.2.1. Pour la personne malade.....	7
2.2.2. Pour le proche aidant	7
2.2.3. La co-occupation	8
2.3 Les enjeux du maintien à domicile	9
3) L'accompagnement de la personne Alzheimer et son entourage dans le maintien à domicile	10
3.1 Un enjeu national	10
3.1.1. Les plans Alzheimer	10
3.1.2. Le plan Maladies neuro-dégénératives	11
3.2 Les ESA	12
3.3 L'intervention en ergothérapie et le programme COTID	13
3.3.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	13
3.3.2. Le programme COTID	15
4) La collaboration interprofessionnelle et la délégation.....	16
4.1 L'ASG.....	16
4.2 L'interdisciplinarité	17
4.3 Délégation et notions associées	19

5) Problématisation	21
6) Méthodologie de recherche	21
6.1 Méthode, approche et outils utilisés	22
6.1.1 La méthode qualitative	22
6.1.2 L'approche ethnographique.....	22
6.1.3 Choix de l'outil d'exploration	23
6.2 La population cible	24
6.3 Construction de la trame d'entretien.....	25
7) Analyse des données recueillies	26
7.1 Les outils d'analyse	26
7.2 Analyse des entretiens	27
7.2.1 Par les matrices.....	27
7.2.2 Par Iramuteq®	31
8) Discussion.....	33
8.1 Interprétation des résultats	33
8.2 Limites et biais de la recherche.....	34
8.3 Projection professionnelle.....	35
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES	41

INTRODUCTION

Nous observons de nos jours un vieillissement général de la population, que ce soit en France et même dans le monde. D'après l'OMS, le pourcentage de la population mondiale de plus de 60 ans doublera, et passera de 11 à 22% entre 2000 et 2050. En France, en 2020, c'est presque 30% de la population qui a plus de 60 ans (OMS, s.d.). En conséquence, une augmentation spectaculaire du nombre de maladies du vieillissement est constatée. Parmi ces maladies, on retrouve les démences dont la maladie d'Alzheimer.

Toujours selon l'OMS, 25 à 30% des personnes de plus de 85 ans souffrent d'un déclin cognitif lié à une démence. En France, c'est 1,3 millions de personnes qui sont touchées par la maladie d'Alzheimer en 2020, soit une personne sur 20 à partir de 65 ans, avec en moyenne 225 000 nouveaux cas par an. C'est dans cette situation alarmante que l'état français a mis en place des plans nationaux, dont l'un des aboutissements est la création d'équipes spécialisées Alzheimer pour prendre en charge ces personnes au plus tôt et favoriser le maintien à domicile. C'est dans ce genre d'équipes que l'ergothérapeute peut être amené à accompagner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Mais c'est aussi dans ce genre d'équipe qu'il peut être confronté à une réelle détresse de l'aidant principal du malade. Face à cette situation il peut faire usage d'un programme, incluant et le malade, et cet aidant dans l'accompagnement, afin de diminuer la charge vécue : le programme COTID. Programme présentant certaines limites liées à l'organisation d'un ESA et dont l'adaptation peut passer par une délégation auprès d'autres membres de l'équipe spécialisée, les assistants de soins en gérontologie. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux déterminants de cette délégation grâce aux représentations d'ergothérapeutes exerçant dans ces équipes et appliquant le programme.

Nous verrons donc dans un premier temps de cette étude pourquoi nous avons choisi cette thématique. Puis nous aborderons la maladie d'Alzheimer, ses conséquences pour le malade, son aidant, les enjeux et plans mis en place sur la scène nationale. Suite à quoi nous nous intéresserons plus particulièrement aux équipes spécialisés Alzheimer et comment s'articule le suivi, surtout en ergothérapie auprès de ces personnes et dans ces équipes. Nous nous focaliserons sur la méthode COTID, avec les limites rencontrées dans sa mise en place. Et enfin sur quoi se base la délégation pour contourner ces limites. Nous exposerons ensuite notre méthodologie de recherche, les outils de la récolte de données, données que nous analyserons, commenterons et nous conclurons la recherche.

1) Situation d'appel

Aujourd'hui, la maladie d'Alzheimer est une maladie qui est entrée dans la conscience populaire. On la retrouve dans de nombreuses œuvres de fiction (films, séries télévisées, etc.) ou encore dans des publicités pour des œuvres de charité encourageant la recherche. Malgré cela, c'est une pathologie qui me paraissait lointaine, jusqu'à ce qu'un membre de ma famille en soit atteint. C'est une personne que, personnellement, je voyais assez rarement. En revanche, ce qui m'a frappé, c'est l'effet que cela a eu sur certains membres de ma famille proche, que l'on peut appeler les aidants. À cela s'ajoute la rencontre, lors de différents stages, de couples dans le même type de situations. Qui par amour ou attachement portent à bout de bras tout un système pour qu'il ne s'effondre pas. Avec cette demande d'omniprésence autour du malade. Où on passe de gérer sa propre situation, ses propres problèmes, à gérer en plus ceux de la personne que l'on soutient. Et cela représente une charge colossale en temps et surtout en énergie physique comme psychologique. C'est donc en observant de loin cette situation que je me suis intéressé à cette pathologie, ses conséquences.

Et puis nous avons eu des cours lors de la formation en ergothérapie sur le programme COTID. La particularité de ce programme est de placer l'aidant principal au centre de la thérapie, au même niveau que le malade. Et cela a fait écho en moi. J'ai alors compris que l'ergothérapeute peut avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement de ces couples aidants/aidés. Il peut travailler sur l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, et par ce genre de programme, agir en parallèle sur la diminution de la charge supportée par l'aidant. C'est cette réflexion qui m'a poussé à me demander dans quel type d'institution ce programme pouvait être réalisé et comment il se mettait en place.

2) Vivre avec la maladie d'Alzheimer

2.1 La maladie d'Alzheimer

2.1.1. Histoire de la maladie

La maladie d'Alzheimer a été découverte par le médecin psychiatre, neurologue et neuropsychiatre allemand du même nom Aloïs Alzheimer (1864-1915). Cette découverte s'est faite lors du suivi d'une patiente : Auguste Deter, 51 ans, admise à l'hôpital de Frankfort. Elle souffrait de troubles de la mémoire, de mutisme, d'hallucinations et de désorientation spatio-temporelle. Suite à son décès, une autopsie est menée par le Dr Alzheimer, notamment de son cerveau, et il a pu mettre en évidence deux lésions caractéristiques : les plaques amyloïdes et

les dégénérescences neurofibrillaires. Cette maladie alors encore inconnue a alors été nommée d'après son découvreur : la maladie d'Alzheimer.

Suite à cette découverte d'autres scientifiques se sont penchés sur le sujet comme Oskar Fischer (1876-1942) qui s'est spécialisé sur les plaques amyloïdes (autrefois appelées « plaques séniles ») ou encore Gaetano Perusini (1879-1915), collaborateur du Dr Alzheimer. Les avancées technologiques dans le courant du XXème siècle comme le microscope ou la coloration des coupes de tissus cérébral ont permis à des chercheurs comme George Glenner en 1984 et Jean-Pierre Brion en 1985 et mettre en évidence les protéines responsables des lésions cérébrales.

D'autres chercheurs se sont alors intéressés à la source de formation de ces protéines et donc au génome, pour identifier les gènes responsables, déterminés par travail du Dr. Marie-Christine Chartier-Harlin de 1991 notamment. Aujourd'hui, nos connaissances sur la maladie se sont précisées, on connaît de mieux en mieux les mécanismes mais cependant aucun remède n'existe à ce jour. (Fondation Vaincre Alzheimer, s.d.)

2.1.2 Définition et étiologie

Selon l'INSERM (INSERM, s.d.), la maladie d'Alzheimer se caractérise par une dégénérescence lente sur plusieurs années des tissus nerveux entraînant une mort cellulaire, notamment des neurones, d'où le nom de maladie neuro-dégénérative. Elle débute premièrement au niveau de l'hippocampe (zone du cerveau largement impliquée dans le mécanisme de la mémoire) puis s'étend dans d'autres zones du cerveau et ce de manière aléatoire. Ce qui se traduit par une multitude de symptômes mais dont les plus courants sont les suivants : troubles de la mémoire à court terme, troubles des fonctions exécutives et l'orientation dans le temps et dans l'espace.

Comme cité plus haut, les lésions neuronales sont causées par 2 types de mécanismes :

- Les plaques amyloïdes, aussi appelées dépôts amyloïdes : elles sont dues à une protéine naturellement présente dans le corps, la β -amyloïde. Celles-ci peuvent s'accumuler et former ces plaques entre les cellules de la substance grise du cerveau, se traduisant par une interruption de la connexion entre les neurones.
- La dégénérescence neurofibrillaire : ce mécanisme est quant à lui intra-cellulaire, c'est-à-dire que le dysfonctionnement s'effectue dans le neurone. Cela concerne ici une autre protéine : la protéine Tau. Lorsque celle-ci est phosphorylée, la structure interne du

neurone est modifiée et ne peut plus remplir sa fonction normale. S'ensuit une mort de la cellule.

Il y existe une forme dite familiale de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire que dans certains cas, la maladie se serait transmise du parent à la descendance. Plusieurs gènes possiblement responsables ont alors été identifiés :

- Le gène APP situé sur le chromosome 21.
- Les gènes PS1 et PS2 respectivement situés sur les chromosomes 1 et 14, eux responsables d'une forme plus précoce de la maladie (inférieure à 60 ans).

Pour les cas non familiaux, ces anomalies de protéines β -amyloïde et tau seraient liées à l'allèle Apo ϵ 4, mais il n'est néanmoins pas le seul impliqué puisqu'il existe des formes de la maladie alors que cet allèle est absent. Il ne représente donc qu'un facteur de risque.

La maladie d'Alzheimer est une maladie multifactorielle, J. Ankri (Ankri, 2009) a donc recensé les principaux facteurs de risque au développement de la pathologie, outre les conditions génétiques :

- L'âge
- Le genre féminin
- Le niveau d'éducation
- Les problèmes cardio-vasculaires
- La malnutrition, l'alcool, le tabac...
- Le diabète
- Les troubles du sommeil
- ...

Cette liste de facteurs de risque est bien sûr non exhaustive et de nombreuses recherches sont encore en cours pour établir des liens entre le déclenchement de la maladie d'Alzheimer et d'autres facteurs.

2.1.3. Les stades de la maladie et symptômes

La maladie d'Alzheimer étant une maladie à caractère dégénératif. Les chercheurs se sont donc mis d'accord sur différents stades d'atteinte, comme le rapporte l'association internationale dédiée à Alzheimer « Alzheimer's association » (Alzheimer's association, s.d.) :

- Stade 1 : aucune déficience ou trouble.

- Stade 2 : déficit cognitif très léger (légers trous de mémoire, manques du mot, perte d'objets...), souvent assimilé au vieillissement.
- Stade 3 : déficit cognitif léger (signes précédents plus importants, avec une atteinte sur la concentration et la planification), ce stade permet parfois de diagnostiquer l'apparition précoce de la maladie.
- Stade 4 : déficit cognitif modéré (oublis plus fréquents, difficultés accrues dans les tâches complexes, sautes d'humeur). C'est à ce stade que la maladie est le plus souvent diagnostiquée.
- Stade 5 : déficit cognitif modérément sévère (troubles mémoriels sur des informations et événements importants du passé et présent, désorientations temporo-spatiale)
- Stade 6 : déficit cognitif sévère (les troubles mémoriels s'aggravent encore, modifications de la personnalité et du comportement, errance, incontinence, dérèglement du cycle diurne/nocturne...)
- Stade 7 : déficit cognitif très sévère (interactions sociales quasiment impossibles, troubles musculaires, troubles réflexes, troubles de la déglutition, large perte d'autonomie)

Si on observe l'apparition des symptômes en fonction des différents stades, on s'aperçoit qu'ils affectent toutes les sphères de la personne.

La sphère cognitive avec les troubles de la mémoire, les troubles langagiers, les troubles des fonctions exécutives et la désorientation spatio-temporelle.

La sphère physique, musculaire et nerveuse avec les troubles réflexes et du geste, les problématiques de déglutition et d'incontinence.

La sphère affective avec les troubles du comportement. De plus les démences dues à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont souvent accompagnées des troubles anxieux et de dépression (Roblin & Gallarda, 2014).

La sphère sociale avec les troubles du langage et du comportement.

L'impact sur la personne est donc général. Et avec la progression de la maladie et le passage aux différents stades, cela se répercute sur l'indépendance, l'autonomie et donc directement sur le profil occupationnel : les activités de vie quotidienne, les loisirs et les activités de productivité.

2.1.4. Traitements

Il est important de noter qu'à ce jour il n'existe aucun traitement capable de guérir de la maladie d'Alzheimer ou de ralentir son développement. Il existe cependant des traitements médicamenteux qui agissent surtout sur les symptômes cognitifs de la maladie, notamment quatre : le Donépézil (Aricept), la Rivastigmine (Exelon), la Galantamine (Reminyl) et la Mémantine (Exiba). Ces molécules ne fonctionnent qu'à court terme, le développement de la maladie finit par reprendre le dessus. D'autres médicaments peuvent être prescrits pour répondre aux problématiques psycho-comportementales générées en parallèle de la maladie et selon la gravité : anti-dépresseurs, anxiolytiques... (Fondation vaincre Alzheimer, s.d.).

Outre les traitements médicamenteux, les stratégies non médicamenteuses occupent une place centrale dans le suivi des personnes atteintes. Elles vont agir sur différents aspects et symptômes de la personne mais aussi sur ses proches aidants. Le soutien psychologique d'abord, au début de la maladie, les patients sont conscients de leurs déficits et de l'aspect incertain de leur avenir, générant angoisse et dépression. Même avec la perte de conscience des troubles, ces symptômes persistent, d'où l'intérêt d'un suivi psychologique à tout stade de la pathologie aussi bien pour le patient que son entourage. En ce sens, diverses méthodes existent : entretiens individuels, groupes de parole, musicothérapie, activités d'expression... L'adaptation de l'environnement a aussi son importance, dans une optique de sécuriser, limiter les risques, créer des repères pour répondre à la désorientation, limiter les stimuli, etc. Agir sur les habitudes de vie est aussi central, là encore pour apporter un cadre et limiter la désorientation en maintenant une certaine routine et surtout pour maintenir l'autonomie autant que possible. Pour cela les thérapies à visée rééducatives et réadaptatives sont indispensables, avec l'intervention de personnel paramédical comme l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, l'orthophoniste ou encore le psychomotricien. Dans la plupart de ces suivis thérapeutiques, la composante sociale et communicationnelle est promue de manière à maintenir et/ou créer un lien relationnel avec l'entourage, le personnel soignant et les autres patients. En plus des points cités ici, la formation du personnel soignant et le soutien des proches doivent occuper être une des priorités. (Pancrazi & Métais, 2005).

En outre, les symptômes de la maladie sont envahissants et impactent une grande partie des fonctions de l'organisme du malade. Cela va donc avoir des conséquences directes et notables sur la sphère occupationnelle du patient. Mais indirectement, cela va aussi affecter l'aidant et sa sphère occupationnelle.

2.2 Les conséquences de la maladie

2.2.1. Pour la personne malade

Après avoir décliné les symptômes que la personne malade va expérimenter au fur et à mesure de l'avancement de la pathologie et de ses différents stades, ceux-ci vont forcément avoir un impact sur ses activités de vie et ses occupations. L'occupation est définie comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification » (Meyer, 2020). Elles existent donc dans un environnement défini en corrélation avec l'individu dans toute sa singularité (habiletés physiques et cognitives, valeurs, etc.). Elles lui confèrent un rôle et ont un véritable sens pour la personne.

Plusieurs composantes entrent alors en jeu dans la réalisation d'une occupation. Il y a d'abord la performance. C'est le choix, l'organisation et la réalisation d'une occupation ou activité dans un environnement spécifique. Elle nécessite des capacités motrices, opératoires et communicationnelles. Ensuite, l'engagement est le sentiment personnel éprouvé lié à la réalisation d'une activité ou une occupation et qui donne de la motivation pour les mener à bien. Il y a une notion d'investissement de temps et d'efforts dans la performance pour arriver à son objectif. Enfin, la participation apporte la dimension sociale à la réalisation d'une occupation. Elle est notamment soutenue par les deux éléments précédents (Caire & Schabaille, 2018). Les deux premières composantes sont directement impactées par les troubles moteurs et cognitifs de la maladie, et la 3^{ème} étant directement dépendante des autres, c'est donc toutes les strates de l'occupation, quelle qu'elle soit, qui sont affectées. Cela se traduit alors par une dépendance dans les activités de vie quotidienne et qui impose la présence d'un aidant, le plus souvent un membre de la famille qui vit au domicile du malade. Cette présence constante auprès du malade va souvent créer un déséquilibre dans la sphère occupationnelle de l'aidant.

2.2.2. Pour le proche aidant

Le proche aidant d'une personne âgée est défini comme « le conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne » (article L. 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles, introduit par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement – ASV – du 28 décembre 2015). Pour le proche-

aidant de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, le principal impact de ce rôle sera sur sa qualité de vie. Selon l'OMS, la qualité de vie est la « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (WHOQOL Group, 1994). La qualité de vie est donc un concept qui comprend des éléments objectifs, mesurables, tels que la santé physique et psychologique, l'environnement, mais elle est surtout subjective. C'est le ressenti de la personne face à ces critères objectifs qui vont définir sa qualité de vie. Ainsi elle variera d'un individu à l'autre en fonction de son état de santé, de sa motivation, ses valeurs etc. Pour un individu défini, elle changera également d'un instant t à un autre. Pour mesurer la qualité de vie d'un aidant, il existe plusieurs évaluations, démontrant une l'importance de la prise en compte de cette composante aujourd'hui (Novella, et al., 2012) dont l'échelle de Zarit, autrement appelée « l'échelle de fardeau ». Cette appellation illustre bien l'impact de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur leur quotidien et la charge physique comme psychologique qui en découle.

Nous avons vu que la maladie a un effet délétère important pour la personne malade dans la réalisation des activités qui lui font sens. Nous avons également pu voir que cet effet s'étendait à l'aidant avec son atteinte sur la qualité de vie. Mais dans la relation initiale de ce couple, avant qu'ils soient aidant et aidé, des activités étaient partagées : les co-occupations. Et si l'un rencontre des difficultés, cela aura donc une incidence sur ces co-occupations.

2.2.3. La co-occupation

La maladie d'Alzheimer a donc un fort impact sur la sphère occupationnelle de la personne atteinte ainsi que sur les proches-aidants individuellement. Mais aussi sur ce qu'on appelle la co-occupation. Il s'agit d'un concept de la science occupationnelle dans lequel deux ou plusieurs individus réalisent une occupation en interagissant constamment l'un avec l'autre. Ils partagent alors trois éléments fondamentaux : « la physicalité » (interactions physiques), « l'émotivité » (le partage d'émotions) et « l'intention » (une forme d'engagement commun dans l'activité), aboutissant à un sens unique donné à la co-occupation (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009). Ce sens est alors altéré si les éléments cités sont modifiés. Doris Pierce la définit de manière plus simple comme « une danse entre les occupations d'une personne et d'une autre, et qui va petit à petit, de par l'interaction, façonner les occupations des deux individus. » [Traduction libre] (Pierce, 2009).

Ainsi, lorsqu'un des maillons de la co-occupation est dans l'incapacité de pleinement participer, sa propre occupation est bien sûr empêchée, mais aussi celle de tous les autres participants puisque l'équilibre est modifié. Ce ou ces participants peuvent compenser pour maintenir l'occupation mais l'expérience n'est plus la même, et cela peut modifier l'engagement et la satisfaction. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, on peut prendre l'exemple d'un couple qui avait pour habitude de préparer le repas ensemble ou aller se promener. L'atteinte des capacités cognitives et motrices peut soit modifier le déroulement des actions ou même empêcher l'activité, limitant les interactions et les liens de complicité dans le couple. L'intervention en ergothérapie est donc importante pour la personne, elle ne doit pas négliger l'aidant, et il est aussi important de prendre en compte ces co-occupations pour les préserver et maintenir les interactions dans le couple.

La maladie d'Alzheimer va donc se répercuter sur l'autonomie et l'indépendance du malade, la qualité de vie de l'aidant, son épuisement, et les interactions entre les deux. Mais pour divers enjeux que nous allons explorer, le maintien à domicile sera favorisé le plus longtemps possible.

2.3 Les enjeux du maintien à domicile

Tout d'abord, d'un point de vue économique, le coût annuel moyen mondial d'une personne atteinte de démence type Alzheimer en 2015 est d'environ 20 000 euros. Ce coût est le plus élevé notamment dans les pays du G7 dont fait partie la France, avec un coût moyen d'environ 36 000 euros (Wimo, et al., 2017), divisés en coûts médicaux directs (hospitalisations, médicaments, etc.) et médico-sociaux (soutien et maintien à domicile, transports, etc.) (Wimo, et al., 2013). On en déduit de ces informations que favoriser le maintien à domicile, avec un accompagnement qui a une incidence positive sur le taux d'hospitalisations, aura un impact bénéfique économiquement avec la réduction de ce coût annuel moyen. Cependant il est important d'ajouter qu'une partie de ces coûts reste à la charge de la famille du malade. Celles-ci doivent donc répondre en termes de finances mais aussi en termes d'investissement en temps et une demande d'attention perpétuelle, bien que des aides financières et médico-sociales existent (APA, répits, etc.)

Ensuite, la question du maintien à domicile est au cœur de raisonnements éthiques. Quand institutionnaliser la personne ? A-t-on réellement le choix ? Et qui prend cette décision ? Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, les capacités cognitives sont souvent trop lourdement diminuées quand se pose cette question. C'est donc le plus couramment le proche aidant qui en

a la responsabilité, et cette responsabilité peut s'avérer être un poids énorme à supporter. Il expérimente souvent le sentiment d'abandonner la personne, de culpabilité et s'avère être un aveu d'impuissance face à la situation (Olejnik Binier, 2018). Et finalement, d'un point de vue thérapeutique, le domicile de la personne reste le lieu où les routines sont installées, particulièrement importantes dans cette pathologie.

C'est en cela que les autorités gouvernementales, ayant pris conscience de ces enjeux, que des plans de réponse ont été menés. Dont la création d'équipes de soignants affectées au maintien à domicile ayant pour mission d'alléger la charge supportée par l'aidant, d'apporter expertise, conseils et informations quant à la question de l'institutionnalisation, et donc la partage du fardeau que représente cette décision.

3) L'accompagnement de la personne Alzheimer et son entourage dans le maintien à domicile

3.1 Un enjeu national

En réponse à problématique nationale que représente la maladie d'Alzheimer, différents plans ont été mis en place.

3.1.1. Les plans Alzheimer

Le premier plan Alzheimer (2001-2005) fait un premier état des lieux sur la maladie, son épidémiologie, son diagnostic et ses conditions de prise en charge. Il en découle alors 6 objectifs principaux (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2001) :

- Identifier les premiers symptômes et orienter, en formant dans un premier temps les médecins généralistes.
- Structurer l'accès à un diagnostic de qualité, en développant des consultations mémoires de proximité et des centres mémoires, de ressource et de recherche.
- Préserver la dignité des personnes.
- Soutenir et informer les malades et leurs proches, création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.
- Améliorer la qualité des structures d'hébergement et les renforcer avec la création d'hébergement temporaire.
- Favoriser les études et la recherche.

Le second plan Alzheimer (2004-2007) reprend les objectifs cités plus haut, et en a apporté des supplémentaires (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2004) :

- La reconnaissance de la maladie d'Alzheimer en tant qu'ALD (Affection de Longue Durée), et prise en charge à 100% de la sécurité sociale.
- Mettre l'accent sur l'accompagnement des personnes atteintes à un stade précoce de la maladie ainsi que leurs proches.
- Adapter les structures à la pathologie.
- Développer la formation des professionnels.

Dans le dernier plan du même nom : le plan Alzheimer (2008-2012), les objectifs des plan précédents sont poursuivis et même renforcés. Il apporte, en plus d'un budget plus important alloué à la gestion de la pathologie, des moyens techniques spécialisés (Rocher & Lavallart, 2009) :

- Les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer).
- **Les ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer), mettant l'accent sur le maintien à domicile**, et que nous allons décrire en détail plus bas.

3.1.2. Le plan Maladies neuro-dégénératives

Suite aux plans Alzheimer évoqués, un autre plan national est lancé : le plan Maladies neuro-dégénératives s'étendant de 2014 à 2019. En plus de la maladie d'Alzheimer, d'autres maladies s'inscrivent dans ce programme comme la maladie de Parkinson ou encore la Sclérose en plaques, avec pour point commun une impossibilité de guérison, une aggravation des symptômes et un impact important sur la qualité de vie. Ce plan s'organise surtout sur 4 grands axes (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014) :

- Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire, avec la création de pôles régionaux qui coordonnent les parcours de soin des patients pour plus d'efficacité.
- Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne.
- Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives, en se tournant notamment vers l'international.
- Faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé.

3.2 *Les ESA*

L'ESA (Equipes spécialisées Alzheimer) ou Equipe mobile Alzheimer est un moyen technique mis en place lors du plan Alzheimer 2008-2012 pour lutter contre l'institutionnalisation des personnes atteintes de ladite maladie. Le principal objectif de ces équipes est donc de favoriser le maintien à domicile des patients grâce à l'intervention de professionnels médicaux, et sous prescription médicale (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), 2020). Parmi ces professionnels, on retrouve un ergothérapeute et/ou un psychomotricien (soit seuls, soit en partenariat), une équipe d'ASG, Assistant de Soins en Gérontologie (à noter que cette spécialisation de l'aide-soignant est née suite à ce même plan et s'obtient après une formation de 140 heures), et aussi un infirmier coordinateur. L'intervention d'une ESA se veut courte, avec seulement 12 à 15 séances à se partager entre tous les professionnels. C'est en général le paramédical (ergothérapeute et/ou psychomotricien) qui coordonne et programme ces séances et les ASG se réfèrent à eux pour connaître et participer au déroulement du soin. L'infirmier coordinateur, moins présent, s'occupe quant à lui de la gestion administrative. Au terme de ces 12 à 15 séances, l'ESA doit avoir mis en place des stratégies pérennes en fonction des projets de la personne et qui pourront être effectuées en autonomie une fois le processus d'intervention terminé (Lowinski-Letinois, 2011).

L'ergothérapeute a, en plus de ce rôle de coordinateur des soins, un rôle d'évaluateur des besoins des personnes et de leurs aidants. Il va ensuite avoir un travail d'action sur ces deux acteurs et aussi sur l'environnement avec des actions de réadaptation, de préconisation en aides techniques, de prévention des risques, de positionnement, d'éducation et d'information, et d'aménagement (Rose, 2020).

Ce mode de fonctionnement a soulevé certains problèmes organisationnels et qui pourraient nécessiter des améliorations. Dans le peu de séances allouées, beaucoup de temps des paramédicaux est imputé dans l'encadrement des ASG et la coordination avec les autres professionnels et partenaires, au détriment de l'activité avec le patient. Cela soulève aussi le manque de formation des ASG quant aux techniques d'accompagnement, notamment à domicile, et donc un temps d'accompagnement plus conséquent auprès des paramédicaux. Est également soulignée une demande de la part des ergothérapeutes et psychomotriciens en formations complémentaires spécialisées en réadaptation cognitive, mais aussi en gestion d'équipe et management que nous développerons un peu plus tard (Bazalgette, 2013).

Dans la suite de ce travail, nous allons nous focaliser sur l'intégration d'un programme d'accompagnement spécifique de l'ergothérapeute dans ce contexte particulier qu'est l'ESA : le programme COTID.

3.3 L'intervention en ergothérapie et le programme COTID

Avant de nous attarder sur le programme en lui-même, nous allons d'abord décrire l'un de ses modèles fondateurs pour mieux comprendre sur quels critères il se base et en quoi la maladie va affecter le quotidien de la personne.

3.3.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH (Voir ANNEXE I) est un modèle en ergothérapie mis au point dans les années 1980 par Gary Kielhofner (Morel-Brack, 2017). Le fondement de base qu'établit l'auteur est que l'être humain est défini par ses occupations, ce sont elles qui font de lui tel qu'il est. L'occupation quant à elle se définit comme une activité qui a du sens pour la personne. Elles se divisent en 3 grands domaines : les activités dites de productivité (rémunérées ou non), les activités de vies quotidiennes et les loisirs (activités dédiées au plaisir personnel).

Ensuite, par ce modèle, l'humain peut être décrit grâce à 3 composantes, l'Être (intrinsèques à la personne), l'Agir dont la manière va être influencée par l'Être et le Devenir, résultante des deux composantes précédentes :

- L'Être se compose lui aussi de 3 éléments : la volition, l'habituatation et la capacité de performance :
 - La volition correspond à la motivation de la personne, elle prend en compte ses valeurs, ses centres d'intérêts et la causalité personnelle, c'est-à-dire la conscience de ses capacités à faire. C'est la volition qui va permettre à la personne de s'engager dans l'activité après l'avoir dans un premier temps expérimentée puis interprétée pour recréer une stimulation satisfaisante.
 - L'habituatation est l'acquisition de comportements dits semi-automatiques dans un environnement donné. Elle allie la notion d'habitude (une façon d'agir définie et répétée dans un environnement) et la notion de rôle (statut social ou personnel accompagné de comportements ou attitudes liés à ce statut).
 - La capacité de performance correspond aux aptitudes physiques ou mentales en lien avec l'expérience subjective du corps.

Si on prend le cas d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'Être est altéré. Les répercussions motrices et cognitives vont affecter la capacité de performance au niveau des aptitudes. Ces altérations peuvent alors s'étendre sur les autres éléments de l'Être, une expérience négative de l'activité pour se traduire par une perte de volition et la désorientation touchera l'habitude dans l'effacement des habitudes et l'estimation des rôles.

- L'Agir est fondamentalement lié à l'Être et c'est la façon dont la personne va réaliser l'activité. Dans la réalisation de celle-ci, 3 niveaux sont observables. Il y a d'abord la participation occupationnelle, c'est une vision globale de l'occupation, l'engagement de la personne dans un contexte défini. Second niveau, la performance occupationnelle, consiste en la réalisation d'une succession de tâches pour mener à bien l'activité et donc favoriser la participation. Dernier niveau, les habiletés, sont les actions qui vont permettre de réaliser chaque tâche.

L'Agir n'étant rien sans l'Être, la modification de ce dernier aura forcément de conséquences sur l'Agir. Ces conséquences peuvent alors être observés sur les différents niveaux de réalisation de l'activité. C'est pour cela qu'identifier ces conséquences peuvent aussi permettre d'en apprendre plus sur l'Être et comprendre les problématiques rencontrées par la personne.

- Le Devenir est la finalité de l'agir. Expérimenter diverses occupations va créer une identité occupationnelle chez la personne et un panel de compétences qui pourront être adaptées à de nouvelles occupations, en lien avec ce qu'elle est.

Cette composante est particulièrement importante dans le cas de la maladie d'Alzheimer dans le caractère dégénératif de celle-ci. Les symptômes s'aggravant, l'identité occupationnelle est de plus altérée ce qui va se traduire par une fermeture progressive de l'accès à de nouvelles occupations.

Ces trois composantes sont donc en perpétuelle corrélation entre elles, mais aussi avec un autre élément fondamental : l'environnement qu'il soit physique ou social. Celui-ci peut être pourvoyeur de ressources, ou à l'inverse imposer des contraintes influençant la réalisation d'une activité.

Ce modèle permet donc d'avoir une vision globale de la personne dans toute sa singularité, centrée sur l'occupation et non sur la pathologie, ce qui fait la spécificité de l'ergothérapeute. Et de manière à identifier les facteurs qui vont avoir un impact sur l'engagement et la

participation dans une activité, le MOH a donné naissance à divers outils d'évaluation dont certains sont utilisés dans le programme COTID (identifiés en gras) :

- **L'OPHI-II** (Occupation Performance History Interview) : entretien et récit de vie centré sur les activités.
- **L'ACIS** (Assessment of Communication and Interaction Skills) : évaluation des compétences communicationnelles, donc en lien avec l'environnement social. Souvent réalisée avec le proche aidant dans le COTID.
- Le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) : grille d'évaluation synthétique de la participation occupationnelle dans les différents domaines.

3.3.2. Le programme COTID

C'est donc dans le cadre de ces équipes spécialisées Alzheimer que nous allons nous intéresser cette méthode de prise en charge de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, spécifique à l'ergothérapie et en grande partie inspirée du MOH : le programme COTID.

Le programme COTID pour Community Occupational Therapy In Older people with Dementia est originaire des Pays-Bas, où il se nomme EDOMAH (Ergotherapie bij Dementerende Ouderen en hun Mantelzorgers Aan Huis, signifiant en français « Ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées atteintes de démence et auprès de leurs aidants »). Les principaux acteurs de son élaboration sont Maud Graff, Margot Van Melick, Marjolein Thijssen, Patricia Verstraten et Jana Zajec et date de 2010. Il s'agit d'une méthode d'intervention en ergothérapie visant au maintien à domicile des personnes malades de démences type Alzheimer à un stade léger à modéré.

Le programme a d'abord été testé et évalué suite à des études complètes, et il a été révélé suite à ces études que ce programme a un réel impact sur la qualité de vie des patients atteints et des proches aidants, avec une amélioration de l'autonomie au quotidien, une diminution de la charge de l'aidant et surtout un maintien de ces bénéfices après la fin des séances d'ergothérapie (Graff, et al., 2006). Une autre étude a également démontré que les bénéfices s'étendaient aussi au secteur économique avec un rapport coût du soin/efficacité intéressant (Graff, et al., 2008). Ces études ont donc permis au programme EDOMAH d'être validé et implanté dans le système de santé aux Pays-Bas.

Le programme s'articule alors en une quinzaine de séances et 3 phases (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013) :

- **Définition et analyse des problèmes** : l'ergothérapeute recueille le récit de la personne malade (OPHI-II), le récit de l'aidant (entretien ethnographique où il décrit la situation, comment il la vit, ses difficultés...), il analyse ensuite les deux acteurs en activité (par une grille type AMPS – Assessment of Motor and Process Skills par exemple, où il observe le malade et l'aidant en repérant les stratégies mises en place, et analyse aussi les stratégies de communication et d'interaction entre l'aidant et l'aidé) et il réalise enfin une évaluation de l'environnement.
- **Formulation des objectifs et du plan de traitement** : après analyse des évaluations et discussion avec le couple aidé/aidant par un modèle dit de consultation.
- **Exécution du plan de traitement** : moyens mis en place pour atteindre ces objectifs.

En France, ce n'est qu'à la création de ces ESA que le programme COTID a été abordé, et les ergothérapeutes l'ayant utilisé se heurtent à un problème. Comme évoqué, le déroulement du programme se fait en une quinzaine de séances, or le fonctionnement d'une ESA s'articule aussi en une quinzaine de séances. Mais celles-ci sont partagées entre tous les professionnels membres (ergothérapeute/psychomotricien, ASG). Or ce programme a été conçu exclusivement pour l'ergothérapeute dans un système de fonctionnement différent. Il doit être adapté pour être efficace. Cela doit passer par une délégation des actes de l'ergothérapeute vers l'ASG, notamment lors de la phase d'exécution du plan (la phase d'évaluation étant spécifique au référentiel de compétences de l'ergothérapeute). Et c'est sur ce sujet que nous allons nous attarder maintenant : la possibilité de mise en place de cette délégation et ses fondements.

4) La collaboration interprofessionnelle et la délégation

Avant d'aborder la collaboration en équipe et la délégation, concentrons-nous davantage sur la profession d'ASG.

4.1 L'ASG

L'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) est Aide-Soignant (AS) ou Aide Médico Psychologique (AMP) de formation initiale, auquel se rajoute une formation de 140 heures dont le programme est organisé autour de 10 parties principales (Aquino, Lavallart, & Mollard, 2011) :

- Généralités sur la maladie d'Alzheimer
- Démarche d'observation (axé sur l'évaluation de la personne)
- Le cadre général d'intervention (les droits, devoirs, le travail en équipe)

- L'entourage et l'environnement (lien avec l'aidant, les financements, les structures)
- La relation d'aide (communication et posture professionnelle)
- L'accompagnement et les soins dans la vie quotidienne (les différents actes à assurer et maintenir au quotidien)
- **La réhabilitation et la stimulation par l'activité (potentiel thérapeutique de l'activité sur les fonctions motrices, cognitives, sociales, les différentes médiations, etc.).** On peut ici faire le lien avec les missions de l'ergothérapeute et c'est cet élément qui pourrait être la base du processus de délégation pour l'ergothérapeute.
- Les situations particulières (gérer des crises, le contexte de fin de vie, la contention, etc.)
- L'éthique
- Prévenir la maltraitance, promouvoir la bientraitance

Il intervient dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, sous la responsabilité d'un professionnel paramédical (ergothérapeute, psychomotricien...) ou d'un travailleur social notamment en **ESA**, UCC (Unités Cognitivo-Comportementales), PASA (Pôles d'Activités et Soins Adaptés), EHPAD, etc. L'ASG travaille le plus souvent auprès de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, en établissement ou à domicile. Il participe à la mise en œuvre des projets individualisés associant soins quotidiens, restauration ou maintien des capacités, du lien social et lutte contre la solitude et l'ennui. Il contribue ainsi à maintenir ou préserver l'autonomie de ces personnes.

Pour pouvoir appliquer la méthode COTID en ESA, l'ergothérapeute devra donc collaborer avec l'ASG pour échanger ses analyses d'évaluations, transmettre les objectifs du programme et partager les objectifs et moyens d'intervention. Il s'agira ensuite de déléguer certains actes à l'ASG en lien avec certains critères que nous développerons pour s'ajuster à l'organisation de l'ESA et ses contraintes. Il s'agit donc d'une collaboration bien précise entre ces deux corps de métiers au service d'un objectif commun.

4.2 L'interdisciplinarité

Dans ce cadre d'équipe pluridisciplinaire dans laquelle l'ergothérapeute a un rôle de coordinateur, la collaboration est indispensable pour le bon déroulement de l'intervention. Nous allons ici nous intéresser à quel type de collaboration nous observerions lors de l'application d'un programme COTID. Mais d'abord, qu'est-ce que la collaboration ? L'Organisation mondiale de la Santé définit la pratique en collaboration dans les soins de santé comme « lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles

offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention » (World Health Organisation, 2010). Cependant elle n'est pas évidente à mettre en place, et dépend souvent de facteurs qui vont la faciliter. Dans un contexte hospitalier, on aura : **les patients et la complexité des pathologies** (plus la situation est complexe, plus la cohésion sera importante), **le contexte organisationnel** (la complémentarité des professions, les contraintes imposées par l'établissement) et **enfin les propriétés individuelles** de tout professionnel (les valeurs, et les caractéristiques personnelles qui peuvent soit favoriser, soit freiner la collaboration) (Staffoni, et al., 2017).

On distingue généralement trois types de collaboration entre professionnels de disciplines différentes que nous allons brièvement aborder d'après les définitions de Jean-Paul Resweber (Resweber, 2011) :

- La pluridisciplinarité : « La pluridisciplinarité définit la logique d'une mise en convergence de plusieurs disciplines, en vue d'examiner, sous plusieurs aspects, une question donnée. [...] Chaque discutant ou disputant prend conscience que la discipline qui est la sienne s'inscrit dans une perspective qui, parce que limitée, exige l'éclairage d'autres perspectives. » C'est également un prérequis aux deux concepts de collaboration qui vont suivre.
- L'interdisciplinarité : « Quant à l'interdisciplinarité, elle inclut le moment pluridisciplinaire mais le dépasse en déployant une stratégie qu'il faut à présent clairement expliciter. On peut légitimement constater qu'elle caractérise l'opération de transfert des concepts d'une discipline à une autre. » C'est-à-dire qu'il y a pour la personne un transfert par exemple de méthode venant d'une autre discipline et qui va s'ajouter aux méthodes déjà existantes de sa propre discipline. On évolue avec l'ajout d'une perspective différente pour s'enrichir tout en gardant son identité de base.
- La transdisciplinarité : « la transdisciplinarité implique une traversée (trans) des disciplines et cette traversée s'effectue d'abord sur le double mode de la pluri- et de l'interdisciplinarité. » Cela consisterait, si on reprend l'exemple précédent, au fait qu'un concept ou méthode soit transversal à plusieurs disciplines données, allant au-delà des domaines d'expertise de chacune.

Après avoir défini ces types de collaborations, on remarque une tendance à aller de plus en plus profondément dans la mise en commun des concepts pour avoir une vision la plus

complète possible face à une situation. Mais dans la collaboration ergothérapeute/ASG, à quel niveau nous situons-nous ? Si l'on se base sur les définitions ci-dessus, et d'après les principes fondateurs de la méthode COTID statuant que la délégation est possible à l'inverse de l'appropriation (l'application de la méthode reste du domaine d'expertise de l'ergothérapeute) (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013), on peut en conclure que nous nous situerions dans une situation d'interdisciplinarité. Ici l'ASG s'enrichira de concepts propres à l'ergothérapie tout en se basant sur son champ de compétences, par ce transfert d'actes initialement assumés par l'ergothérapeute, mais dont il gardera une supervision. Attardons-nous maintenant sur ce qu'est la délégation, et ce qu'elle implique.

4.3 Délégation et notions associées

Selon l'HAS, « La délégation désigne l'action par laquelle le médecin (ou l'ergothérapeute dans notre cas) confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche ([...] Il est possible de déléguer ou transférer des actes de soins et des tâches. Un acte de soin est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soin peut se décomposer en tâches, définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent donc être réalisées par des professionnels différents). La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (ici l'ASG) est engagée dans la réalisation de l'acte. » (HAS, 2007). Il ne faut cependant pas confondre la notion de délégation avec celle de transfert. Dans cette dernière, en plus de l'acte, la responsabilité complète est aussi déplacée vers le receveur, ce qui n'est pas possible dans notre cas car les ASG ne sont pas formés à appliquer le programme COTID. Donc la responsabilité doit rester à l'ergothérapeute, de même que la supervision doit être préservée.

Pour que la délégation soit efficace, cela sous-tend d'autres notions :

- Le concept de **team management** est à prendre en compte. Dans le management d'une équipe, des éléments clés doivent être définis pour qu'elle soit optimale. Le leader doit être clairement identifié (ou ici le coordinateur). Il organise, donne les objectifs et redirige (délègue) les actes aux membres de l'équipe. Il doit aussi avoir un rôle de soutien, en gérant les absences, les conflits, les demandes. Ensuite ce sont les membres de l'équipe qui doivent être clairement identifiés. Bien connaître les membres de l'équipe, leurs forces et faiblesses pour déléguer l'acte vers le membre qui est le mieux préparé à gérer la situation. La communication est

fondamentale et peut se faire par différents outils. Des feedbacks doivent être apportés dans les deux sens de la relation : du membre vers le leader et inversement pour ajuster au besoin. Ces feedbacks peuvent être faits individuellement ou en équipe selon les cas pour favoriser la transparence, le partage et l'entraide. Enfin, connaître la structure dans laquelle l'équipe évolue a toute son importance : quels sont les outils disponibles, les moyens financiers, les contraintes, etc. (Sundar, et al., 2007).

- Il faut que le receveur ait les **compétences** nécessaires pour assurer ces actes. Toujours selon l'HAS, « La « compétence médicale » repose « d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité ». » (HAS, 2015). Or nous avons vu que dans la formation de 140h des ASG, des chapitres étaient dédiés à la réhabilitation et la stimulation par l'activité, et peuvent donc être habilités à mener certains actes en fonction des objectifs fixés avec l'ergothérapeute, qui garde son rôle de superviseur et coordinateur de l'équipe. S'ajoutent à cela les spécificités de chacun. Il est cependant possible que les compétences du receveur ne soient pas assez développées pour la réalisation de l'acte, et l'ergothérapeute peut intervenir pour former et apporter ses connaissances.

- Le recours à l'**andragogie** peut donc être nécessaire. L'andragogie est la théorie de formation et d'apprentissage des adultes, popularisée en grande partie par Malcolm Knowles (Knowles, Holton III, & Swanson, 2005). Dans cette théorie, il désigne six grands principes propres à l'apprentissage chez l'adulte (voir schéma en ANNEXE II) :

- (1) Le besoin de savoir pourquoi l'apprentissage doit être fait
- (2) L'auto-gestion : il est capable et souhaite organiser lui-même son apprentissage
- (3) L'importance des expériences et du vécu de la personne
- (4) L'utilité : il préfère apprendre quelque chose dont il a besoin au moment présent ou dans un futur proche
- (5) Le mode d'apprentissage : plutôt que de recevoir des connaissances brutes, il préfère les informations contextualisées, en situation (domestiques, professionnelles)
- (6) La motivation : il est influencé par des déclencheurs externes (promotions, meilleur salaire, gérer un problème au travail) ou internes (satisfaction au travail, estime de soi...)

Le principal objectif de l'andragogie est l'autonomisation et l'indépendantisation de l'apprenant, ce qui est finalement l'objectif de la délégation, et l'andragogue a seulement un rôle moteur. Et pour cela, il doit s'adapter aux objectifs de la formation, et surtout à l'apprenant qui possède ses propres connaissances et expériences. Pour l'andragogue, la formation et la relation avec l'apprenant s'appuie sur 10 critères : son expertise, la création d'un environnement adéquat, la clarté des objectifs, l'écoute active, la faculté d'adaptation à toute situation et toute personne, la confiance en l'autre, la capacité à transformer une difficulté en outil, l'intelligence émotionnelle du groupe (capacité à maîtriser ses émotions), le respect de la confidentialité et de la parole, et l'éthique (Lemaire, 2005).

5) Problématisation

Le constat est donc que dans sa conception, le programme COTID n'est pas applicable en ESA. De par son système organisationnel qui divise les séances entre les professionnels membre de l'équipe, en opposition avec l'application théorique du programme : l'ergothérapeute est seul à sa réalisation. Il doit donc être adapté. Pour s'adapter, il doit s'appuyer sur les éléments qui composent l'ESA. Or les autres membres de l'équipe qui passent le plus de temps avec le patient et qui sont habilités à réaliser des actes de réhabilitation sont les ASG. La collaboration est donc obligatoire et pour assurer la continuité du programme COTID, et une délégation est nécessaire. Mais cette délégation est-elle vraiment possible sur le terrain ? Comment les ergothérapeutes l'abordent-ils ? Qu'est-ce qui la rend possible ? La limite ?

Nous nous fixerons alors sur la problématique suivante : **Quels peuvent être les déterminants de la délégation entre l'ergothérapeute et l'ASG, dans l'application du programme COTID en ESA ?**

Nous retiendrons l'hypothèse suivante :

L'ergothérapeute est en capacité d'adapter le programme COTID au cadre de l'ESA, au travers de la délégation en s'appuyant sur des critères personnels, interpersonnels et/ou organisationnels.

6) Méthodologie de recherche

La méthodologie de recherche est importante pour déterminer ce que l'on souhaite mettre en lumière. Elle va apporter un cadre et permettre la collecte des informations dont on a besoin pour répondre à la problématique. Dans ce travail de recherche, le but est de faire en

quelque sorte un état des lieux des déterminants qui vont agir sur la délégation entre l'ergothérapeute et l'ASG en lien avec le programme COTID en ESA. C'est donc une question qui est ouverte, susceptible au changement et à la subjectivité. Et c'est pour cela qu'une méthode dite qualitative serait plus appropriée.

6.1 Méthode, approche et outils utilisés

6.1.1 La méthode qualitative

La méthode qualitative est, selon Mays et Pope « concerned with the meanings people attach to their experiences of the social world and how they make sense of that world. It therefore tries to interpret social phenomena (interactions, behaviours, etc.) in terms of the meanings people bring to them; because of this it is often referred to as interpretative research. » (Pope & Mays, 2006). C'est-à-dire qu'elle n'a pas pour objectif de quantifier ou mesurer, mais elle cherche à décrire, comprendre un phénomène. Elle est particulièrement utilisée pour étudier des phénomènes sociaux. Et pour comprendre ces phénomènes, elle se base sur des témoignages, des partages d'expériences de personnes qui vivent ou ont vécu le phénomène en question dans leur environnement. Chacun l'interprète et le vit à sa façon, ce qui se traduira par de multiples d'opinions étant donné la subjectivité des récits recueillis. Et pour aller plus loin dans cette méthode de recherche, il existe différentes approches, et celle qui correspond à ce travail est « l'ethnographie ».

6.1.2 L'approche ethnographique

Concrètement, l'ethnographie est définie par Reeves, Kuper et Hodges par « the study of social interactions, behaviours, and perceptions that occur within groups, teams, organisations, and communities [...] The central aim of ethnography is to provide rich, holistic insights into people's views and actions, as well as the nature (that is, sights, sounds) of the location they inhabit, through the collection of detailed observations and interviews. » (Reeves, Kuper, & Hodges, 2008). Elle analyse les interactions entre les personnes, dans des groupes et dans des environnements donnés. Dans le cas de cette étude, on retrouve bel et bien cette idée : la délégation est une interaction entre l'ergothérapeute et l'ASG, dans le groupe qu'est l'ESA. Le programme COTID quant à lui rentre dans ce qui va définir l'environnement de ces interactions. Elle permettra en outre de récolter les données par le biais d'entretiens auprès de ces professionnels qui donneront leur avis personnel sur la question des déterminants de cette délégation. Ces données seront ensuite analysées.

Cependant cette approche peut représenter un risque. Comme énoncé précédemment, la subjectivité est au cœur du processus. C'est à la fois ce qui fait sa force par la diversité des témoignages, mais aussi sa faiblesse. Car la subjectivité implique des divergences d'opinions. Alors la personne qui analyse les données récoltées par l'entretien doit être vigilant à ne pas juger, ou se laisser influencer par ses opinions qui lui sont propres. Il doit rester fiable et ne faire que mettre en lumière les éléments apportés, et rester au plus près du discours recueilli.

6.1.3 Choix de l'outil d'exploration

Le choix de l'entretien s'est décidé dans un second temps, après avoir hésité avec une technique Delphi. Cette technique en plusieurs tours aurait permis d'obtenir un consensus sur les déterminants de la délégation, donc en conservant ceux les plus représentés, mais au risque de ne pas retenir d'autres. Là où l'entretien reçoit et exploite toutes les données brutes, sans second ou troisième tour. L'orientation finale s'est donc portée vers l'entretien. Dans son guide d'utilisation de l'entretien, Daniel W. Turner le décrit comme « un moyen d'obtenir des informations approfondies relatives aux expériences et points de vue des participants, à propos d'un sujet donné. » (Turner, 2010). Et c'est exactement ce que cette étude cherche à recueillir. Les déterminants de la délégation entre l'ergothérapeute et l'ASG en ESA par les professionnels cités. Connaître leur représentation sur ce thème grâce à leur expérience du terrain et leur discours. Pour cela, la technique de l'entretien passe par un système de questions-réponses. Ces questions sont ciblées pour que les réponses restent ouvertes mais précises. Un protocole doit alors être réalisé pour construire l'entretien dont les étapes sont tirées du guide de Turner :

- La préparation de l'entretien : cette première étape comprend 8 principes de base qui sont (1) choisir un endroit avec peu de distractions, (2) expliquer l'objet de l'entretien, (3) adresser les conditions de confidentialité, (4) expliquer le format de l'entretien, (5) indiquer la durée estimée de l'entretien, (6) préciser comment joindre l'interviewer si le participant le souhaite à posteriori, (7) demander si le participant a des questions sur le déroulement avant de commencer et (8) ne pas compter sur sa mémoire uniquement pour retenir toutes les réponses.
- Bien sélectionner les participants : se baser sur des critères d'inclusion et d'exclusion pour avoir les candidats les plus qualifiés possibles, et ainsi obtenir des réponses crédibles. Ces réponses doivent être honnête et spontanées.
- Construire un questionnaire efficace : c'est un des points déterminants de la qualité d'un entretien. Chaque question doit être réfléchie pour obtenir les plus d'informations tout

en restant ciblée. Pour cela il est conseillé que celles-ci soient ouvertes, neutres et les poser en prenant son temps, une par une, pour qu'elles soient bien comprises.

- Rester flexible lors de l'entretien : parfois le participant peut ne pas répondre à la question posée, du moins pas comme l'interviewer l'aurait souhaité. C'est pourquoi il est possible de rebondir sur ces réponses pour repréciser (peut être en reformulant) pour obtenir des réponses optimales.
- Réalisation de l'entretien : Il est conseillé de régulièrement vérifier que l'enregistrement fonctionne (s'il y a), de poser les questions une par une, de rester le plus neutre possible, d'encourager les réponses avec des signes qui montrent que l'interviewer écoute (« d'accord », hochements de tête) pour améliorer l'interactivité, éviter de perdre le contrôle de l'entretien (si le participant s'écarte du sujet), et faire usage de transitions pour fluidifier l'échange.
- L'interprétation des données : c'est l'étape finale de l'entretien. Elle consiste à donner du sens aux données récoltées par l'analyse des verbatims.

Pour être plus précis, nous nous sommes orientés vers un **entretien dit « semi-directif »**. Dans ce type d'entretien, une trame de questions est réalisée au préalable. Cependant une certaine flexibilité est permise, principalement pour permettre de réorienter si on s'écarte du sujet de la question ou pour approfondir certains éléments.

6.2 La population cible

De la question de recherche établie, on déduit que ce que l'on souhaite obtenir dans cette étude sont des marqueurs qui vont agir sur un phénomène interactionnel entre deux corps de métier. Donc pour les obtenir, il nous a semblé cohérent de nous intéresser à la représentation de l'instigateur de cette délégation : l'ergothérapeute. En l'occurrence, puisqu'on observe cette interaction dans un cadre particulier (l'ESA) et dans une situation ciblée (l'application du programme COTID), on détermine ainsi les critères d'inclusion de l'étude. Les critères d'inclusion sont les facteurs qui vont décider de la qualification optimale du participant pour obtenir des réponses crédibles. On a donc les critères suivants :

- Être titulaire du diplôme d'état d'ergothérapie
- Exercer en Équipe spécialisée Alzheimer
- Être formé au programme COTID et l'inclure dans sa pratique

6.3 Construction de la trame d'entretien

Une trame d'entretien a été réalisée pour les professionnels interrogés pour cette étude (ANNEXE IV). Cette trame est divisée en plusieurs parties thématiques susceptibles d'apporter des éléments de nature différente.

D'abord il y a une partie plutôt contextuelle. Il y a une présentation de l'objet de l'étude pour resituer la personne interrogée. Puis les premières questions permettent d'en savoir plus sur le professionnel, son temps d'exercice à son poste, mais aussi ses expériences professionnelles précédentes. Un premier aspect motivationnel est abordé. Ce genre de données peut aiguiller sur le niveau d'expertise du professionnel au sujet de la thématique abordée et donc sur la fiabilité des réponses apportées.

Dans la seconde partie de la trame, nous nous intéressons davantage à la thématique du programme COTID, et de son inclusion dans la pratique du professionnel. Ainsi sont abordées les notions de motivation à l'égard du programme ainsi que les adaptations (s'il y en a) qui sont ou ont été nécessaires à son adaptation. Selon les réponses apportées, cela peut donner une idée de la place de la délégation entre l'ergothérapeute et l'ASG dans cette adaptation.

La troisième partie quant à elle est focalisée sur la notion de délégation. D'abord on cherche à savoir si cette notion est connue et clairement identifiée par le professionnel. Cela peut permettre d'identifier plus distinctement les rôles qu'occupent chaque professionnel ainsi que la façon dont sont partagés les actes. S'ensuit une question plus subjective sur la représentation de la délégation qu'a le professionnel dans ce contexte particulier. Puis on s'attarde sur les éléments sur lesquels s'appuie l'ergothérapeute pour créer la délégation avec l'ASG, suivi de son contraire : les limites qu'il rencontre. Nous cherchons ensuite une situation concrète pour illustrer ce concept et appuyer les dires du participant durant les différentes questions de l'entretien.

Enfin la dernière question de l'entretien peut permettre au participant de rajouter des éléments qu'il jugerait pertinents à l'étude et qui n'auraient pas été suscités par les questions précédentes.

Après avoir créé la trame d'entretien, il a fallu trouver des professionnels pour participer à cette étude et donc à l'entretien. Pour cela, nous avons pu profiter du carnet d'adresse de notre tutrice de stage, qui a été formée au programme COTID, et qui possède dans ses contacts les membres de sa promotion de formation. Nous avons également eu la chance d'assister à un focus group d'un autre étudiant (notre tutrice y étant conviée), et nous avons pu obtenir un lien

avec une autre invitée ergothérapeute formée au COTID et qui exerce en ESA. Une fois les contacts mails obtenu, et après avoir fourni les formulaires de consentement (ANNEXE XII), nous avons pu poser des rendez-vous téléphoniques étant donné l'éloignement géographique et les conditions sanitaires. Ces entretiens sont finalement au nombre de deux.

7) Analyse des données recueillies

7.1 Les outils d'analyse

Afin d'analyser les données recueillies lors de nos entretiens, nous avons choisi de créer des matrices d'analyse (ANNEXE III). Grâce à nos lectures bibliographiques et aux concepts explorés répondant hypothétiquement à nos questionnements autour de la problématique, nous avons pu construire ces matrices, et sont au nombre de trois. L'une se concentrera sur le concept de team management, la seconde autour des éléments andragogiques et la dernière portera plutôt sur la notion de collaboration interprofessionnelle. Ces matrices se composent de critères abordés dans la partie théorique et d'indicateurs qui seront à repérer dans les corpus de texte des entretiens de manière directe ou indirecte.

La première matrice porte donc sur le concept de team management. Parmi les critères théoriques abordés, nous retrouvons l'identification claire des rôles de leader et de membres. Ensuite il y a les différentes techniques de management mises en place par le leader de l'équipe pour assurer l'efficacité de l'accompagnement de la personne et de son aidant et surtout du fonctionnement interne de l'équipe dans le partage des tâches et de la gestion des effectifs. On retrouve également ce qui va relever de la communication dans l'équipe avec les différents moyens et outils. Il y a enfin la prise en compte des éléments inhérents à la structure et qui va influencer le fonctionnement de l'équipe et donc de la délégation.

La seconde matrice s'attarde sur le versant andragogique de la relation entre l'ergothérapeute et l'ASG. Dans ce concept il y notamment la définition des rôles. Ce qui va relever de l'apprenant dans l'andragogie selon le modèle énoncé par Knowles, et de ce qui définit l'andragogue avec son positionnement, son approche et ses méthodes. Il s'agira aussi d'identifier les objectifs de l'andragogie, à savoir l'autonomisation de l'apprenant.

La troisième matrice porte sur la collaboration et ce qui la favorise ou la limite. On y retrouve les critères de situation problématique ou complexe, de facteurs organisationnels et institutionnels et enfin les influences personnelles dans la collaboration. Un dernier critère est exploré, au sujet de l'interdisciplinarité, et du transfert de concepts d'une profession à l'autre.

En plus de l'interprétation des données recueillies grâce aux matrices, nous utiliserons également un logiciel d'analyse textuelle qui lui est indépendant de tout concept exploré. Il s'agira du logiciel Iramuteq®. Il nous donc permettra d'établir des données statistiques à partir des corpus de texte (ANNEXES V & VIII) qui s'appuient par exemple sur les occurrences de mots, faisant ressortir certains termes que nous pourrions ensuite rapprocher à nos concepts. Ce logiciel peut aussi générer des schémas type nuages de mots et des graphes faisant du lien entre les termes repérés.

7.2 Analyse des entretiens

Les premières questions de notre entretien nous ont permis d'établir le profil des ergothérapeutes interrogés, avec leurs expériences et leur construction du programme COTID en ESA :

- L'ergothérapeute du 1^{er} entretien, Mme A, est diplômée en 2011 et travaille depuis ses débuts en ESA et a toujours occupé ce poste en mi-temps. Elle a plusieurs fois changé de poste pour son autre mi-temps mais est toujours restée dans le domaine de la gériatrie. Elle est formée au programme COTID depuis fin 2019, mais souhaitait se former depuis 5-6 ans. Elle a ensuite mis le programme en place en collaboration avec la psychomotricienne à partir de novembre 2020. Le délai d'un an entre la formation et la concrétisation était destiné à l'adaptation de la méthode au cadre de l'ESA et des modifications du fonctionnement de l'équipe. Pour l'appliquer, elle a recours à la délégation auprès des ASG.
- L'ergothérapeute du 2nd entretien, Mme B, est diplômée depuis 2008. Elle a eu plusieurs expériences en gériatrie, et en centre de rééducation. Elle a commencé son poste en ESA en 2011, à son ouverture, poste qu'elle occupe depuis à mi-temps, l'autre mi-temps étant occupé par une psychologue. Elle s'est intéressée au programme COTID et participé à la formation en 2019, mais ne l'a complétée qu'en décembre 2020. Elle déclare avoir peu d'expérience dans le programme, mais l'applique depuis, sur les patients qu'elle considère comme compatibles (présence d'un aidant familial, pathologies pas trop avancée). Elle a recours à la délégation auprès des ASG.

7.2.1 Par les matrices

Nous avons repris les tableaux de nos matrices et avons découpé l'entretien pour recouper les dires du participant aux indicateurs de nos matrices (ANNEXE XI). Il y a donc les

trois thèmes qui composent nos matrices. Certains thèmes peuvent être transversaux à certains concepts et seront traités à part comme les influences structurelles.

- Tout d'abord, nous avons le **Team Management**. Nous pouvons constater que le rôle de chacun est bien établi dans les équipes spécialisées Alzheimer de Mme A comme pour Mme B et dans la délégation. L'ergothérapeute est le coordinateur, le superviseur. C'est lui qui décide des objectifs et de l'organisation de la mise en place du programme COTID et surtout qui en a la responsabilité. Ce rôle peut d'ailleurs être partagé avec un psychomotricien ou même un psychologue si le poste de coordinateur se compose d'un double mi-temps comme c'est le cas dans les deux équipes étudiées ici. L'ASG quant à lui est identifié comme celui à qui on délègue l'acte, qui suit les directives de l'ergothérapeute. Mais selon les équipes, l'ergothérapeute peut laisser plus ou moins de libertés à l'ASG dans la mesure où aucun problème n'est identifié par l'ASG, comme évoqué par Mme B. Dans cette situation de management, c'est l'ergothérapeute qui détermine l'acte à déléguer en fonction des objectifs établis suite à la phase évaluative du programme. En pratique, quasiment toute la phase d'intervention est déléguée aux ASG, mais certaines activités ou accompagnements ne le sont pas. D'après les discours analysés de Mme A, ces actes non délégués tournent autour de situations complexes ou de transmissions d'informations auprès d'organismes et/ou professionnels qui demandent une certaine expertise aboutissant à des plans d'aides ou des financements. Cela rejoint les dires de Mme B qui ajoute qu'elle ne délègue pas les actes qui sont vraiment propres à l'ergothérapie comme les aménagements de domicile ou le conseil en aides techniques. Et les deux ergothérapeutes se réservent la partie évaluation est définition des objectifs. Les rôles de délégant et délégué sont donc bien identifiés.

L'ergothérapeute prend en compte les compétences de l'ASG et s'adapte pour déterminer ce qui sera ou ne sera pas délégué. Mme B souligne par exemple l'importance des connaissances et surtout de l'expérience dans sa gestion de la délégation. En plus des compétences, l'ergothérapeute prend aussi en considération les feedbacks des ASG. Ces feedbacks se font soit spontanément par les ASG lorsqu'ils rencontrent une difficulté ou s'interrogent, soit à la demande du superviseur pour se tenir informé de l'accompagnement comme décrit par Mme A. De ces feedbacks, l'ergothérapeute met en place des actions pour résoudre la situation problématique comme inviter les ASG dans des séances d'évaluation pour mieux cerner les objectifs et leurs moyens d'accompagnement, modifier les objectifs d'accompagnement ou même reprendre la main sur l'intervention de manière ponctuelle pour Mme A. Mais aussi organiser des réunions pour aborder les situations à problème mises en place par Mme A et B.

L'ergothérapeute a en ce sens une réelle fonction d'évaluateur du travail fourni par les ASG pour que l'accompagnement reste cohérent, ou pour que les difficultés rencontrées par une ASG soient identifiées et traitées pour un prochain accompagnement ou pour un autre ASG. Pour cela, Mme B effectue la dernière visite à domicile de bilan. De ces évaluations, les deux ergothérapeutes soulignent la difficulté des ASG de sortir des activités de stimulations cognitives, et d'aller vers la solution de facilité sans réel lien avec les objectifs ajoute Mme A. On retrouve donc bien nos critères de techniques de management théoriques.

Afin de récolter ces informations et d'aborder les adaptations mises en place ou les actes à réaliser, l'ergothérapeute passe par différents moyens de communication. Elle est d'ailleurs qualifiée de fondamentale pour la délégation dans les deux entretiens réalisés. La communication passe alors par des discussions informelles au bureau, des réunions d'équipe, ou encore des transmissions écrites. Les moyens de transmissions peuvent varier d'une équipe à l'autre : dans le cas de Mme A, un outil propre à cette équipe a été développé pour améliorer la qualité et la précision des transmissions et faciliter le relais entre les ASG. Mme B passe également par un système de tableaux des actes effectués et ajoute l'utilisation de post-its. L'utilisation du téléphone est aussi couramment faite, notamment pour réagir directement aux demandes des ASG en séance pour Mme A. Est également spécifiée l'importance de l'écoute de l'ergothérapeute par Mme A et B, car la communication s'établit dans les deux sens. Les ergothérapeutes ont donc recours à des techniques et outils de communication.

- Ensuite, parmi les moyens mis en place pour pallier une difficulté ou fluidifier la délégation, l'ergothérapeute peut avoir recours à de la formation, et donc de l'**andragogie**. L'objectif identifié de cette formation est l'autonomisation de l'ASG dans l'accompagnement des personnes dans la phase d'intervention du programme. Mme B a pour objectif de maximiser les prises d'initiative par les ASG. Dans les deux équipes, le but est surtout d'améliorer le raisonnement des ASG en termes de choix d'activité, et d'adaptation pour qu'ils correspondent au mieux aux objectifs. Pour cela une journée par mois est dédiée à la formation des ASG par Mme A : la matinée est réservée à la revue des patients et objectifs, et l'après-midi s'axe autour de mises en situations de jeux, pour leur permettre de mieux comprendre quelles fonctions sont travaillées, leurs avantages, leurs limites. Ce même type d'atelier est mis en place par Mme B, une demi-journée tous les deux mois. Elle a également participé à l'organisation de réunions inter-ESA pour que les ASG discutent entre elles sur leur pratique. Et elle constate une réelle amélioration dans l'autonomie des ASG. On retrouve alors le critère de l'autonomisation comme objectif andragogique. L'ergothérapeute prend alors le rôle de formateur,

d'andragogue, c'est lui qui met en place cette démarche. Dans les discours de madame A et B, on retrouve certains de ces principes comme s'adapter aux apprenants, s'appuyer sur les capacités de l'ASG, l'importance de l'écoute et de la communication et de la confiance. Mme A, précise l'importance de garder son calme et rester humble mais aussi l'importance d'une relation mutuelle où la formation se fait ensemble.

En ce qui concerne l'ASG, on retrouve également certains principes de l'apprenant en andragogie. D'abord le fait d'être vraiment acteur de sa formation. Dans le système de mises en situations en jeux instauré par Mme A, l'ASG peut décider de ce qu'il souhaite aborder et peut proposer une activité à travailler. De même pour Mme B où l'ASG formule ses propres demandes. Éléments que l'on peut recouper avec le critère motivationnel de l'apprenant en andragogie. Il est aussi plus enclin à s'améliorer et apprendre sur des situations qui lui posent problème actuellement ou des activités qui pourraient être mises en place mais n'avaient pas assez de connaissances pour le faire comme les séances de gym pour Mme A.

- Intéressons-nous maintenant aux critères de la **collaboration interprofessionnelle**. D'abord, Mme A explique que la collaboration est centrale dans une équipe pluridisciplinaire et qu'elle ne se verrait pas travailler sans et Mme B souligne l'intérêt de travailler en équipe. Et cette collaboration s'illustre particulièrement lorsque l'équipe est confrontée à une situation de problème. Lorsqu'un outil n'est pas compris ou lorsque les attentes des coordinateurs ne sont pas pleinement satisfaites par les ASG pour Mme A.

Sont ensuite considérées les relations interpersonnelles, entre les membres de l'équipe. Pour Mme A, ces relations peuvent s'avérer complexes. Les affinités personnelles sont présentes, mais il peut y avoir des complications notamment au niveau de la relation délégrant/délégué, avec les différences de fonctionnement entre les deux métiers pour Mme B ou la notion de position hiérarchique pour les deux ergothérapeutes. Avec Mme A, les décisions prises par le coordinateur ne sont pas toujours comprises et/ou acceptées par l'ASG du fait de l'ancienneté, et des tensions peuvent apparaître. Cela demande alors beaucoup d'habiletés relationnelles pour apaiser ces tensions. Le rapport à la hiérarchie est également mentionné par Mme B qui, elle, souhaite aplanir cette différence de statut. Malgré cela, Mme A et B donnent beaucoup d'importance à la notion de confiance dans l'équipe, que ce soit avec la psychomotricienne avec qui Mme A partage la coordination et les ASG pour les deux ergothérapeutes.

L'interdisciplinarité est aussi abordée. Les deux ergothérapeutes décrivent une relation d'échange avec l'ASG et de formation continue et commune pour Mme A. Elles souhaitent de

plus transmettre aux ASG une nouvelle façon de fonctionner, basée sur une réflexion qui se rapproche de celle de l'ergothérapeute pour adapter l'accompagnement aux besoins et aux objectifs. Mme B complète cette affirmation par le fait que les résultats de ces transferts sont visibles et que certaines de ses ASG sont très proches des compétences professionnelles d'un ergothérapeute.

- Enfin, entrent en ligne de compte les facteurs liés à la structure, l'institution (l'ESA) et ce que cela implique pour la délégation. Ces éléments sont transversaux aux concepts de team management et de collaboration. Nous observons que la délégation est en quelque sorte imposée par l'organisation de l'ESA, et les étapes du programme COTID sont trop exigeantes. Les ergothérapeutes n'ont pas le temps de réaliser l'entièreté du suivi, c'est une limite imposée par l'ESA, mentionne Mme B. Malgré cela, les ressources fournies par l'environnement peuvent aussi être facilitantes. Mme A est très satisfaite de partager son poste avec une psychomotricienne, qui se complètent dans le suivi des patients et la relation avec les ASG. De même pour Mme B avec la psychologue. Mme B décrit une certaine marge de manœuvre dans ses activités en négociant avec sa direction. Mme A annonce aussi qu'elle a réalisé une sorte d'entente avec les cadres pour limiter le turn-over des ASG pour que les actes délégués pour une personne soient réalisés un maximum par la même ASG, organisation déjà intégrée à l'équipe de Mme B. Donc des adaptations sont possibles. Elles ajoutent cependant qu'un turn-over reste important pour les ASG avec leurs autres services, ce qui se traduit par des pertes de temps, un manque d'organisation et de planification des séances déléguées. À cela s'ajoute le nombre de patients que l'ESA doit prendre en charge énoncé par Mme A. Elles décrivent toutes deux leur difficulté à trouver du temps pour des moments de réunions et de collaboration, ce qui dessert et limite la délégation.

7.2.2 Par Iramuteq®

Grâce au logiciel Iramuteq®, nous avons pu générer relever les occurrences de mots de nos verbatims qui décomptent le nombre de fois qu'un terme est répété (ANNEXES VII & X) et en générer des nuages de mots (ANNEXES VI & IX). Les nuages de mots présentent ces occurrences par la taille des mots. Plus il sera répété dans le discours, plus il apparaîtra en gros dans le nuage de mots.

Nous retrouvons d'abord des mots qui semblent logiques et reliés avec le sujet de l'étude comme « ASG » qui est le receveur identifié de la délégation. Ce terme est central dans le 2nd entretien. En comparaison, il est assez peu visible dans le 1^{er} mais nous pouvons le relier au

terme « collègue » qui, lui, est beaucoup plus visible. Cela démontre la représentation qu'a l'ergothérapeute de sa relation avec l'ASG et donc de collaboration. D'autre part, dans le premier entretien, nous retrouvons le terme « équipe » qui souligne une forme de cohésion. Nous retrouvons « ESA » qui est le cadre qui entoure cette délégation qui est répété de manière égale dans les deux entretiens. Nous identifions aussi le terme « COTID » qui est là aussi plusieurs fois répété car il s'agit du programme qui est étudié dans l'environnement qu'est l'ESA.

En revanche, certains autres termes sont beaucoup représentés. Par exemple le verbe « aller ». De ce terme nous en déduisons une idée de mouvement, de transition. Quelque chose qui n'est pas fixe. Cela peut s'expliquer par la nouveauté du programme COTID dans la pratique des deux ergothérapeutes (qui sont formées respectivement depuis 1 an et quelques mois) et donc des adaptations qui sont et ont été instaurées, que nous pouvons relier à des termes comme « essayer » ou « mettre » dans le 1^{er} entretien ou encore « adapter » dans les deux. Nous distinguons aussi les termes « gens », « patients » ou encore « objectifs » qui montrent la finalité du programme et de la délégation en ESA, à savoir l'apport aux patients et remplir les objectifs définis. De nombreux termes relatifs à la communication sont présents comme « question » répété 18 fois dans le 1^{er} entretien ou « demander » répété 12 fois dans le 2nd. Cela fait d'ailleurs écho à l'identification du délégant et même d'andragogue, à qui l'ASG se réfère pour obtenir les directives ou son expertise.

Le terme « temps » est très représenté dans les deux entretiens, qui met en évidence les contraintes temporelles rencontrées par les deux ergothérapeutes, appuyées par le terme « difficulté » dans le premier entretien. Ainsi des limites sont observées par les professionnels.

Enfin, certains termes appuient cette idée de délégation, comme « prendre » qui indique une idée de décision dans les deux entretiens, soutenue par le terme « aide » qui sous-tend la supervision et donc l'idée du rôle de délégant. Nous retrouvons aussi le terme « passer » dans les deux entretiens, ou « relais » dans le 2nd dont on déduit la transmission des actes dans la délégation. Du terme « séance », également très présent dans les deux entretiens, nous en déduisons le découpage et l'organisation de l'accompagnement par les professionnels en lien avec la délégation, reliées la plupart du temps dans le discours à un acteur (moi, elles, l'ASG...). Les termes « expérience » ou « compétence » sont répétés plusieurs fois dans le 2nd entretien ce qui démontre la prise en compte de ces paramètres dans la délégation.

Ainsi ces analyses logicielles appuient certains critères de nos concepts de team management, avec l'identification des rôles, la communication et la prise en compte de paramètres personnels des professionnels membres de l'équipe. Elles soulignent aussi le rôle de référent que ce soit en tant que leader d'équipe mais aussi de référent expert (andragogue). Est aussi présente la notion de limites rencontrées par les professionnels dans l'application de la délégation. Mais ce qui ressort surtout, c'est l'idée de mouvement, d'adaptations, d'essais et cela en équipe, au service d'un objectif commun : les patients.

8) Discussion

8.1 Interprétation des résultats

Grâce à ces entretiens, nous avons pu identifier certains déterminants qui permettent la délégation de l'ergothérapeute à l'ASG dans la réalisation du programme COTID en ESA. Mais nous avons aussi pu mettre en évidence des limites à cette délégation.

Occuper un poste en ESA sous-entend d'emblée la nécessité d'une délégation des actes de l'ergothérapeute vers l'ASG. C'est ancré dans son fonctionnement depuis sa création. Par conséquent, dans la réalisation d'un programme tel que le COTID, la délégation est aussi nécessaire pour être mené à bien. Et dans cette équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute est en quelque sorte gestionnaire de son équipe s'il est à temps plein, ou cogestionnaire s'il est à mi-temps. Dans ce management, il reste décisionnaire de ce qui est délégué ou ce qui ne le sera pas. On constate que la partie évaluation et définition des objectifs reste à la charge de l'ergothérapeute, de même que certaines actions propres à l'ergothérapie comme les aménagements du domicile, la préconisation en aides techniques ou encore le lien avec les partenaires. Le reste est délégué aux ASG. Pour se faire, l'ergothérapeute prend en compte les compétences et l'expérience des membres de l'équipe pour être au plus juste en regard de l'objectif. Il supervise, évalue le travail effectué par le délégué et reste disponible si un problème est rencontré, auquel cas il réajuste l'objectif ou peut être amené à faire de l'éducation auprès des ASG. Cette éducation, ou andragogie, est différente d'une équipe à l'autre puisqu'elle s'adapte à la nécessité et aux souhaits de l'apprenant et dépend aussi de l'ergothérapeute et de ce qu'il attend de la formation. Mais dont le but reste l'autonomisation de l'ASG pour qu'il adapte de lui-même en cas de problématique rencontrée.

Cette gestion passe également par la communication. Celle-ci est centrale, c'est elle qui permet à l'ergothérapeute de faire passer ses objectifs, de transmettre les informations qu'elle soit entre ergothérapeute et ASG, ou même d'ASG à ASG. Elle passe par différents outils, canaux, qui

eux aussi sont propres à chaque équipe. Mais on retrouvera couramment des réunions d'équipe, des discussions informelles, téléphoniques, des moyens de transmissions écrits.

Dans cette situation de collaboration en équipe, entrent aussi en jeu des facteurs plus personnels. Une équipe qui se connaît bien, qui travaille ensemble depuis longtemps aura plus de facilités à communiquer et s'adapter. A l'inverse, ces facteurs peuvent être sources de tensions, où la conception de la hiérarchie peut mener à des limitations dans l'acceptation de la délégation.

De même, les facteurs institutionnels sont aussi importants. Ils peuvent être un appui lorsque des accords sont trouvés entre le coordinateur et les cadres pour modifier le fonctionnement de l'équipe et ainsi faciliter le contexte de délégation. Cependant, ces facteurs peuvent aussi être limitants avec un accent mis sur le temps. Que ce soit le temps de présence dans l'équipe de l'ergothérapeute ou l'ASG, mais aussi le temps dédié à la coordination entre les professionnels membres qui est jugé trop faible pour une délégation optimale.

Ainsi, dans les points évoqués dans cette recherche, on retrouve des facteurs personnels, interpersonnels, et institutionnels. Notre hypothèse initiale est donc validée.

8.2 Limites et biais de la recherche

Notre recherche possède, malgré tout, des limites et des biais que nous allons développer ici. Il y a d'abord le fait que nous n'ayons pu réaliser que deux entretiens auprès de professionnels. Cela laisse assez peu de données à analyser pour notre étude. Il est possible que si nous avions eu plus de représentations sur nos questionnements, nous aurions pu avoir d'autres éléments de réponse, voire opposés à ce que nous avons déterminé. Cela ne représente donc la réalité que de peu de professionnels et pas forcément une réalité générale. Ce nombre d'entretiens s'explique d'abord par l'exigence des critères d'inclusion de l'étude. J'ai pu recueillir le témoignage d'autres ergothérapeutes lors de mon stage en Equipe Mobile Gériatrique sur ce concept de délégation, mais ceux-ci ne concordaient pas avec ces critères d'inclusion. Cela s'explique aussi par des conditions sanitaires difficiles qui ont joué sur les emplois du temps des professionnels.

De plus, notre recherche portant sur les déterminants qui permettent la délégation auprès des ASG, il aurait été intéressant de récolter des témoignages de l'autre versant concerné : l'ASG. Nous avons pu recueillir certains de ces témoignages. Mais ils ne rentraient pas non plus dans nos critères d'inclusion. Mais cela nous aurait permis d'avoir leur point de vue de la délégation.

8.3 Projection professionnelle

Dans cette étude, nous avons démontré que le programme COTID en ESA n'est pas réalisable en l'état. Il doit être adapté comme nous l'avons vu avec la délégation imposée. C'est le cas en ESA, mais est-ce le cas dans d'autres structures ? Il pourrait être intéressant d'approfondir l'intégration du programme COTID en France et d'étudier d'autres structures pour identifier les moyens et organisations mis en place. Il serait possible de comparer ces études et de déterminer dans quelles structures le programme COTID s'intégrera le mieux pour le dénaturer le moins possible. De même, il pourrait être enrichissant de comparer les impacts de programmes COTID en ESA (avec les adaptations que cela impose) auprès de patients et aidants avec ceux observés suite à des programmes COTID effectués exclusivement par l'ergothérapeute. Cela pourrait objectiver de l'efficacité du programme COTID en ESA dans son fonctionnement actuel.

En ce qui concerne le programme COTID en lui-même, nous avons pu mettre à exécution le fruit de nos recherches théoriques lors de notre dernier stage à l'institut de formation en ergothérapie dans une Equipe Mobile en Gériatrie. Cela nous a permis de confronter le théorique aux conditions réelles, et surtout de voir les effets de cette méthode sur la personne et son aidant.

Ensuite, les entretiens auprès des ergothérapeutes nous ont permis de découvrir d'autres pratiques que celles que nous avons pu rencontrer. Leurs témoignages en plus de nos recherches nous ont beaucoup appris sur les concepts de collaboration en équipe et de ce que cela implique avec des exemples concrets.

Enfin, ce travail de mémoire nous a énormément appris en termes de questionnement sur la pratique professionnelle en général. Le fait de rechercher dans la littérature l'existant et de s'en servir d'outil pour construire un réel projet autour d'une problématique établie. De construire soi-même ce projet, l'auto-discipline que cela impose. C'est vraiment quelque chose qui sera transféré dans notre pratique professionnelle que ce soit dans la création de projets, ou le suivi des patients.

CONCLUSION

Face au vieillissement général de la population, et par conséquent à l'augmentation du nombre de cas atteints de maladies liées à ce phénomène telles que la maladie d'Alzheimer, les autorités de santé ont réagi. L'une de ces réactions a été la création des Équipe spécialisées à Alzheimer dans lesquelles l'ergothérapeute occupe plusieurs rôles. Le rôle de soignant auprès des personnes atteintes de la maladie, et un rôle de coordinateur. Dans son rôle de soignant, il peut aussi être amené rencontrer la détresse de l'aidant du malade. C'est dans ce cadre qu'il peut mettre en place le programme COTID, un programme jeune, qui a fait ses preuves, mais qui dans sa conception demande un investissement total de l'ergothérapeute. Demande qui ne concorde pas au fonctionnement d'un ESA. C'est là qu'intervient le rôle de coordinateur, dans la délégation que l'ergothérapeute est amené à faire auprès des Assistants de soins en gérontologie. Pour être mené à bien en ESA, un accompagnement COTID doit passer par cette délégation.

Lors de cette étude, nous avons donc cherché à identifier les déterminants qui permettent une délégation efficace entre l'ergothérapeute et l'ASG dans le cadre institutionnel qu'est l'ESA. D'abord à l'aide de nos hypothèses et lectures bibliographiques, puis grâce aux récits d'ergothérapeutes exerçant en ESA et qui intègrent le programme COTID à leur pratique.

Des deux entretiens que nous avons réalisés, nous avons pu déterminer que ces déterminants sont multifactoriels. L'ergothérapeute dans son rôle de coordinateur doit beaucoup s'appuyer sur la communication avec son équipe. Il s'adapte aux membres de son équipe, leurs forces et faiblesses. Éléments sur lesquels il peut agir par le biais de formation, d'andragogie, ce qui lui donne encore un rôle supplémentaire : celui de formateur. Il doit aussi prendre en compte les ressources fournies et imposées par le cadre qu'est l'ESA. Les déterminants personnels sont aussi identifiés par les ergothérapeutes, car dans cette situation de collaboration interprofessionnelle, les relations entre équipiers sont indispensables. Cela peut se traduire par des tensions liées à la position hiérarchique ou un manque de communication selon les profils, mais la confiance reste un élément relevé et central dans la délégation. Et même si cet échantillon de témoignages de professionnels reste faible, cela a tout de même permis de démontrer que malgré les limites imposées par l'ESA, imposées par les personnalités, imposées par les compétences de chacun, il est possible d'intégrer le programme COTID à ce cadre. Certes adapté, mais possible, grâce à la délégation et l'étude et l'identification de ces déterminants peuvent apporter des clés, des leviers sur lesquels agir afin de faire évoluer sa pratique et son travail en équipe.

BIBLIOGRAPHIE

- Alzheimer's association. (s.d.). *Les 7 stades de la maladie d'alzheimer*. Consulté le 13 septembre, 2020, sur alz.org: <https://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp>
- ANESM. (2014). *Le soutien des aidants non professionnels*.
- Ankri, J. (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et Société*, 32(128-129), 129-141.
- Aquino, J.-P., Lavallart, B., & Mollard, J. (2011). *Assistant de Soins en Gérontologie : Le manuel officiel de formation*. Elsevier Masson.
- Bazalgette, J. (2013). *Plan Alzheimer 2008 – 2012 : 10 propositions d'améliorations des dispositifs "équipes spécialisées Alzheimer"*.
- Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018). *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. ANFE.
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). (2020). *Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)*. Récupéré sur pour-les-personnes-agees.gouv.fr: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-equipes-specialisees-alzheimer-esa>
- Fondation Vaincre Alzheimer. (s.d.). *La découverte de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le 12 septembre, 2020, sur vaincrealzheimer.org: <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/decouverte/>
- Fondation vaincre Alzheimer. (s.d.). *Quels sont les traitements pour la maladie d'Alzheimer ?* Consulté le 13 septembre, 2020, sur vaincrealzheimer.org: <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/traitements/>
- Graff, M., Adang, E., Vernooij-Dassen, M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., . . . Olde Rikkert, M. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ*.
- Graff, M., Thijssen, M., Van Melick, M., & Verstraten, P. (2013). *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID*. De Boeck-Solal.

- Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J., Heofnagels, W., & Olde Rikkert, M. (2006). *Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial*. Récupéré sur bmj.com: <https://doi.org/10.1136/bmj.39001.688843.BE>
- HAS. (2007). *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*.
- HAS. (2015). *Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé*.
- INSERM. (s.d.). *Alzheimer (maladie d')*. Consulté le 12 septembre, 2020, sur inserm.fr: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- Klielhofner, G. (2008). *Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine*.
- Knowles, M., Holton III, E., & Swanson, R. (2005). *The Adult Learner, 6th Edition : The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Elsevier.
- Lemaire, M. (2005). *Du Formateur à l'Andragogue : Vers la réussite partagée Formateur-Apprenant*. Paris: Chronique Sociale.
- Lowinski-Letinois, D. (2011). Les Equipes Mobiles Alzheimer : quand le soin s'envisage en lien. *Entretiens de Bichat*, 33-38.
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOthérapies*(77), 37-44.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2001). *Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées*.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2004). *Plan Alzheimer 2004-2007*.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2014). *Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019*.
- Morel-Brack, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie. *Introduction aux concepts fondamentaux*, 72-85.

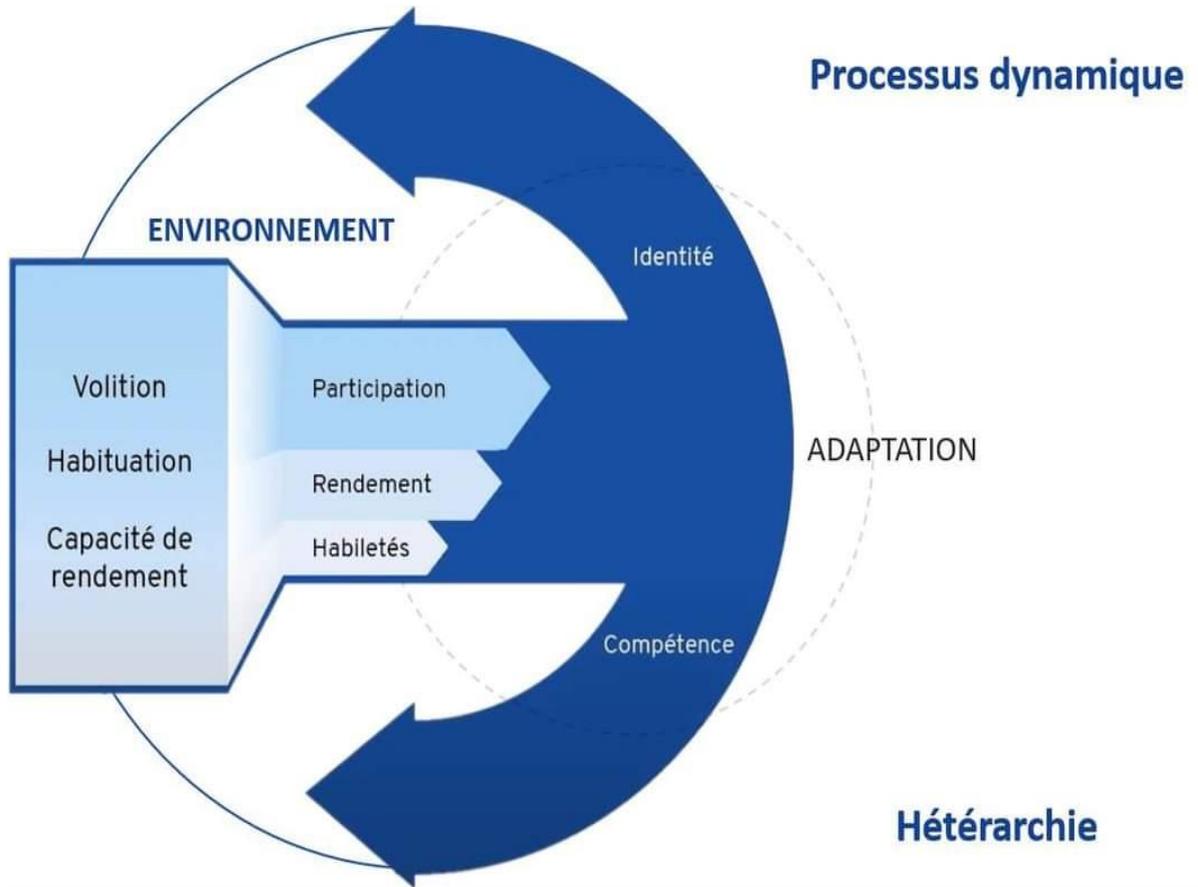
- Novella, J.-L., Dhaussy, G., Wolak, A., Morrone, I., Drame, M., Blanchard, F., & Jolly, D. (2012). Qualité de vie et démence : état des connaissances. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 10(4), 365-372.
- Olejnuk Binier, C. (2018). Les enjeux éthiques du maintien à domicile. *VST - Vie Sociale et Traitements*, 3(139), 66-73.
- OMS. (s.d.). *Faits marquants sur le vieillissement*. Récupéré sur who.int: <https://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- Pancrazi, M.-P., & Métais, P. (2005). Maladie d'Alzheimer, traitement des troubles psychologiques et comportementaux. *La Presse Médicale*, 34(9), 667-672.
- Pickens, N. D., & Pizur-Barnekow, K. (2009). Co-occupation: Extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 151-156.
- Pierce, D. (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207.
- Pope, C., & Mays, N. (2006). *Qualitative Methods in Health Research, third edition*. Blackwell Publishing Ltd.
- Reeves, S., Kuper, A., & Hodges, B. (2008). Qualitative research methodologies: ethnography. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.a1020
- Resweber, J.-P. (2011). Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*, 19, 171-200.
- Roblin, J., & Gallarda, T. (2014). *Les troubles anxieux*. Jean-Philippe Boulenger éd.
- Rocher, P., & Lavallart, B. (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gérontologie et Société*, 32(128-129), 13-31.
- Rose, A. (2020). Ergothérapeute en Equipe spécialisée Alzheimer : un rôle clé dans la coordination de soin nécessaire au maintien à domicile. *ErgOthérapies*, 77, 23-30.
- Sundar, E., Sundar, S., Pawlowski, J., Blum, R., Feinstein, D., & Pratt, S. (2007). Crew Resource Management and Team Training. *Anesthesiology Clinics*, 25(2), 283-300.
- Turner, D. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for. *The Qualitative Report*, 15(3), 754-760. Récupéré sur <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol15/iss3/19>

- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.
- Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., Prina, A. M., Winblad, B., . . . Prince, M. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's & Dementia : The journal of the Alzheimer's Association, 13*(1), 1-7.
- Wimo, A., Jönsson, L., Bond, J., Prince, M., Winblad, B., & Alzheimer Disease International. (2013). The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia : The journal of the Alzheimer's association, 9*(1), 1-13.
- World Health Organisation. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva.

ANNEXES

ANNEXE I : Schéma du Modèle de l'Occupation humaine.....	I
ANNEXE II : Principes de l'apprenant en Andragogie.....	II
ANNEXE III : Matrices d'analyse.....	III
ANNEXE IV : Trame d'entretien.....	V
ANNEXE V : Entretien 1.....	VII
ANNEXE VI : Nuage de mots généré pour l'entretien 1.....	XXVI
ANNEXE VII : Occurrences de mots pour l'entretien 1.....	XXVII
ANNEXE VIII : Entretien 2.....	XXVIII
ANNEXE IX : Nuage de mots généré pour l'entretien 2.....	XLV
ANNEXE X : Nuage de mots généré pour l'entretien 2.....	XLVI
ANNEXE XI : Tableau d'analyse matricielle des verbatims.....	XLVII
ANNEXE XII : Formulaire de consentement pour les entretiens.....	LXIII

ANNEXE I : Schéma du Modèle de l'Occupation humaine

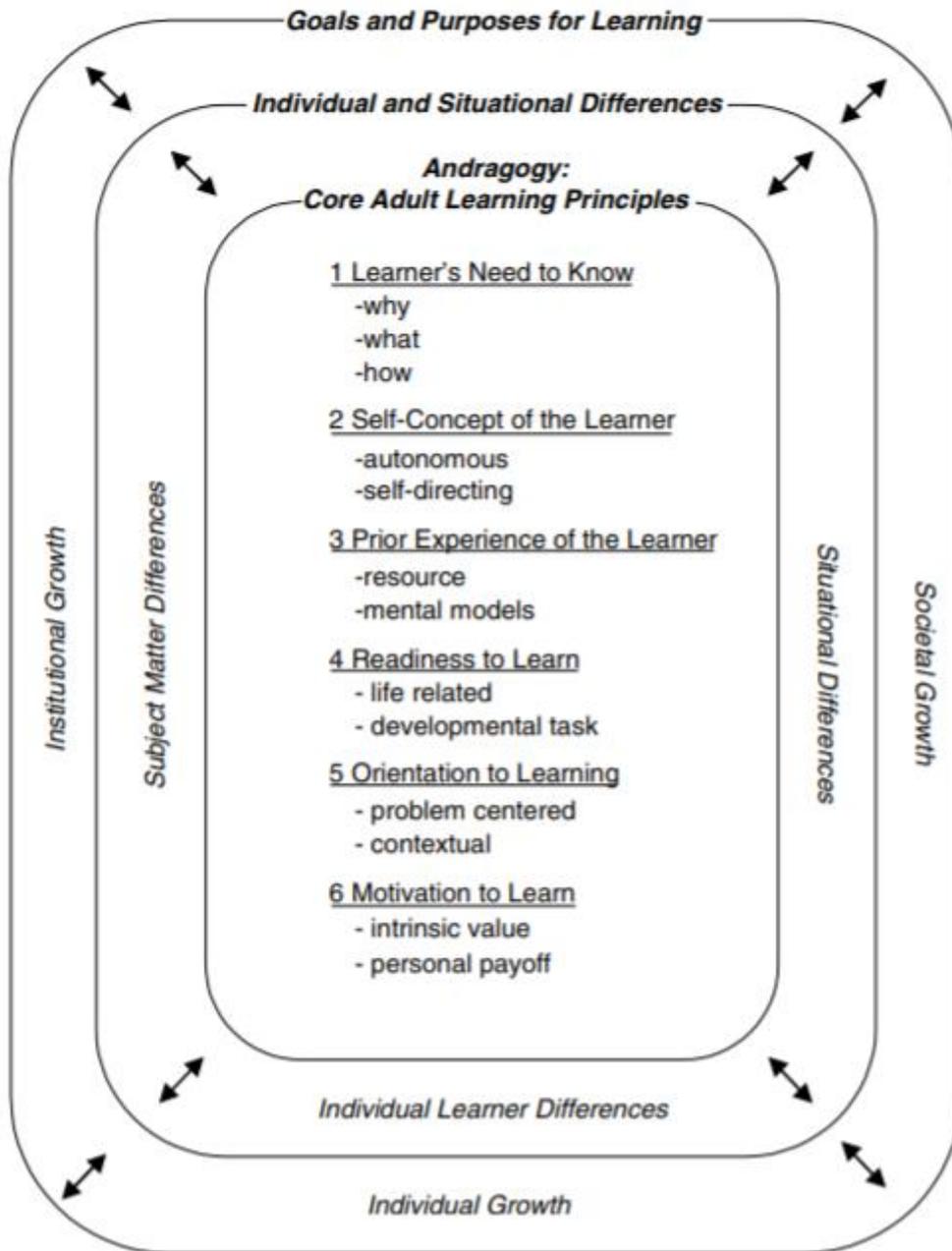


Klielhofner, G. (2008). *Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine*.

ANNEXE II : Principes de l'apprenant en Andragogie

ANDRAGOGY IN PRACTICE

(Knowles, Holton & Swanson, 1998)



Knowles, M., Holton III, E., & Swanson, R. (2005). *The Adult Learner, 6th Edition : The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Elsevier.

ANNEXE III : Matrices d'analyse

Team management :

Critère	Indicateur	Questions
Identification des rôles	Le rôle de superviseur/délégant/coordonateur, ici l'ergothérapeute est clairement identifié. Les membres de l'équipe savent vers qui se tourner lorsqu'ils rencontrent une difficulté ou ont une demande.	8
	Le rôle de membre de l'équipe/délegué est clairement identifié. Le membre de l'équipe connaît sa fonction et son champ de compétence	
Techniques de management	Le superviseur détermine ce qui doit être délégué	9, 10, 12, 13, 14
	Le superviseur s'appuie sur les compétences des membres de l'équipe et prend ce facteur en compte. Le superviseur décide de qui réalise tel acte en prenant en compte l'avis des membres de l'équipe	
	Le superviseur répond aux feedbacks des membres de l'équipe. Le leader met en place des actions face aux difficultés rencontrées par les membres de l'équipe	
	Le superviseur évalue les résultats des actes effectués par délégation. Le leader veille au bon déroulement des actes délégués.	
Communication	Le superviseur et les membres de l'équipe interagissent grâce à différentes techniques de communication.	11, 12, 13, 14
	Le superviseur et les membres de l'équipe interagissent par le biais de différents outils de communication.	
Influences structurelles	Les contraintes organisationnelles sont à l'origine de la délégation des actes	5, 6, 11, 13
	Le superviseur s'appuie sur les ressources fournies par la structure	
	Le superviseur rencontre des limites fixées par l'institution	

Éléments andragogiques :

Critère	Indicateur	Questions
Le rôle de formateur dans la théorie de l'andragogie	L'ergothérapeute peut prendre une posture d'andragogue L'ergothérapeute peut prendre le rôle de formateur L'apprentissage aux membres de l'équipe fait partie du rôle de l'ergothérapeute dans la délégation de actes en ESA L'ergothérapeute s'appuie sur différents critères de formation et de relation avec l'apprenant en andragogie	8
Le profil d'apprenant dans la théorie de l'andragogie	Le besoin de connaître l'objectif de la formation L'ASG participe à l'organisation de sa formation L'ASG se base sur ses propres expériences, son vécu et ses compétences Il préfère apprendre un sujet dont il a besoin à l'instant présent ou dans un futur proche, ou qui répond à une situation problématique Demande d'informations contextualisées et en situation Les critères motivationnels de l'ASG pour la formation : améliorer sa pratique professionnelle, améliorer son accompagnement	11, 12, 13
Les objectifs de l'andragogie	L'objectif principal pour l'ergothérapeute est l'autonomisation de l'ASG en situation professionnelle L'objectif pour l'ASG est aussi son autonomisation pour compléter ses compétences en matière d'accompagnant	11, 12

Collaboration interprofessionnelle

Critère	Indicateur	Questions
Identification d'un situation complexe	La collaboration s'illustre lorsqu'une situation problématique est rencontrée face à une situation, une pathologie ou une technique d'accompagnement et qui nécessite l'expertise d'un autre professionnel	9, 13, 14
Contexte organisationnel	La collaboration est affectée par des influences organisationnelles et institutionnelles	5, 6, 7, 10
Propriétés individuelles	La collaboration peut être influencée par les relations interpersonnelles La collaboration peut être influencée par les valeurs et conceptions personnelles	8, 10, 11, 13
Interdisciplinarité	Il y a un transfert de concepts de l'ergothérapeute à l'ASG et/ou inversement	

ANNEXE IV : Trame d'entretien

« Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la démarche de recherche, le mémoire. Je vous remercie d'abord d'avoir pris de votre temps pour vous entretenir avec moi aujourd'hui. Je vous informe ensuite que cet entretien va être enregistré puis retranscrit pour être analysé suite à quoi l'enregistrement sera détruit. Donc ce mémoire porte plus précisément sur le programme COTID et la collaboration entre l'ergothérapeute et l'ASG dans le système de fonctionnement de l'ESA. Les questions que je vais vous poser dans quelques instants m'apporteront des éléments de réponse à ma question de recherche. Avez-vous des questions avant qu'on commence l'entretien ? »

- Parcours professionnel et COTID :

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
2. Depuis quand travaillez-vous en ESA et pourquoi avoir choisi ce type d'institution ?

- COTID et ESA :

« Il faut environ 15 séances pour mener un programme COTID à son terme pour l'ergothérapeute, et c'est ce même nombre de séances qui est alloué à l'ESA, mais à partager entre les différents professionnels. Les prochaines questions vont donc se focaliser sur l'intégration du programme COTID à l'ESA. »

3. Êtes-vous formé au programme COTID ? (si oui depuis combien de temps) ? Et pourquoi vous êtes-vous intéressé à ce programme ?
4. Utilisez-vous la méthode COTID dans votre poste en ESA ? Depuis combien de temps ?
5. Est-ce que le cadre et l'organisation imposés par l'ESA vous permettent d'effectuer le programme COTID comme on vous l'a appris ?
6. Comment adaptez-vous le programme pour qu'il s'intègre aux spécificités de l'ESA ? Quelle organisation ?
7. Idéalement, comment envisageriez-vous la mise en place du programme COTID en ESA ?

- La collaboration ergothérapeute/ASG

« Nous allons maintenant nous intéresser à la collaboration entre l'ergothérapeute et les autres professionnels membres de l'ESA, mais plus particulièrement les ASG et les relations que vous entretenez avec eux. »

8. Quel type de relation professionnelle entretenez-vous avec les ASG ?
9. Faites-vous acte de délégation avec les ASG ? Déléguez-vous des éléments particuliers ? Et comment les déterminez-vous ?
10. Comment qualifieriez-vous cette délégation ?
11. Sur quoi vous appuyez-vous pour permettre la délégation ?
12. Avez-vous recours à de la formation auprès des ASG ? Comment s'organise-t-elle ?

13. Voyez-vous des limites à la délégation ? Si oui, comment pourriez-vous les amoindrir ?
14. Pouvez-vous me décrire une situation qui illustre cette délégation entre vous et les ASG ?
15. Avez-vous d'autres remarques ou éléments que vous souhaiteriez ajouter pour compléter cet entretien ?

« Je vous remercie de m'avoir accordé de votre pour répondre aux questions de cet entretien. N'hésitez pas à me contacter si besoin. Au revoir ! »

ANNEXE V : Entretien 1

1 **Mathis** : « Donc, on se retrouve dans le cadre de mon travail initiation à la démarche de
2 recherche, le mémoire. Et déjà je vous remercie d'avoir pris le temps de réaliser cet entretien
3 aujourd'hui. Je vous informe que cet entretien va être enregistré, puis retranscrit pour être
4 analysé, suite à quoi il sera détruit. Alors, mon mémoire porte sur le programme COTID, du
5 coup, et sur la collaboration entre l'ergothérapeute et l'ASG dans le système de fonctionnement
6 de l'ESA. Les questions que je vais vous poser dans quelques instants apporteront des éléments
7 de réponse à ma question de recherche. D'abord est-ce que vous avez des questions avant que
8 commence l'entretien sur le déroulement ? »

9 **Mme A** : « Non. »

10 **Mathis** : « OK, super. Alors, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? »

11 **Mme A** : « Alors moi, je suis diplômée depuis 2011. J'ai toujours travaillé à mi-temps à l'ESA
12 de Périgueux et en parallèle, j'ai fait un mi-temps sur l'UCC, unité cognitivo comportementale
13 du Verger des Balans qui est la grosse structure qui fait tout le parcours psycho gériatrique en
14 Dordogne. Après, toujours sur le mi-temps complémentaire de L'ESA, j'ai travaillé dans un
15 centre hospitalier de Périgueux, sur les EHPADs, notamment sur la grosse unité Alzheimer, une
16 unité de 160 lits. Ensuite, j'ai été gestionnaire de cas à la MAIA, toujours sur un mi-temps de
17 2012 à 2016, et ensuite, j'ai quitté ce poste là pour rejoindre le SSIAD. Maintenant, j'ai un autre
18 mi-temps en tant qu'ergo sur le SSIAD, sur la partie ESA mais sur la partie SSIAD. »

19 **Mathis** : « OK, d'accord. Et du coup, ça fait combien de temps que vous travaillez en ESA ? »

20 **Mme A** : « Du coup, l'ESA depuis le début donc depuis 2011, donc 10 ans. »

21 **Mathis** : « Et pourquoi cette vous être orientée vers ce type d'institution ? »

22 **Mme A** : « Depuis, depuis la fin de ma troisième année en fait, j'ai fait mon mémoire sur les
23 thèmes autour des démences. J'ai toujours voulu travailler dans ce domaine-là et après mon
24 diplôme, on m'avait proposé de remplacer mon maître de stage de 3ème année. Mais ce n'était
25 qu'un mi-temps. Il me fallait un autre mi-temps. On m'a proposé l'ESA et comme ça collait avec

26 ce que je voulais faire, à savoir travailler des personnes démentes. A la base je n'étais pas hyper
27 motivée. On m'avait déjà proposé un poste en ESA, j'avais refusé parce que je trouvais qu'il y
28 avait beaucoup trop de temps de bilans et d'administratif et je trouvais qu'il n'y avait pas assez
29 de temps de séances sur le terrain. Et au final, je n'ai jamais quitté l'ESA. Si je suis toujours en
30 Dordogne, toujours là, c'est à cause de l'ESA. C'est parce que ça fait 10 ans que je n'arrive pas
31 à quitter l'ESA, les autres postes je les ai quittés. Mais l'ESA je n'ai jamais réussi à quitter ce
32 service-là. »

33 **Mathis :** « D'accord. Alors maintenant, on va faire un point sur le programme COTID et l'ESA
34 en lien. Donc, on sait qu'il faut 15 séances pour mener un programme COTID, pour le mener
35 dans les règles de l'art et seulement par l'ergothérapeute. Et c'est ce même nombre de séances
36 qui du coup sont allouées à l'ESA. Mais cette fois partagées entre les professionnels. Alors les
37 prochaines questions vont porter sur l'intégration du programme COTID à l'ESA. Vous êtes
38 formée au programme COTID ? »

39 **Mme A :** « Oui. Depuis 2020, j'ai terminé ma formation en décembre 2019. »

40 **Mathis :** « OK, et pourquoi vous être intéressée à ce programme ? »

41 **Mme A :** « Ça faisait longtemps que je m'intéressais au programme COTID. Parce que j'avais
42 un ancien cadre formateur qui, me semble-t-il, est dans l'IFE où vous étudiez maintenant, qui
43 m'en parlait souvent, M. C. Il m'avait déjà demandé de répondre à pas mal de questionnaires
44 pour des étudiants, etc. sur le thème du programme COTID. Et donc, du coup, j'avais eu pas
45 mal de réunions d'information sur le programme COTID depuis 5-6 ans. Et ça fait 5-6 ans que
46 je voulais me former, mais la vie fait que je n'avais pas pu le faire plus tôt, et aussi que je ne
47 voyais pas comment on allait pouvoir l'adapter au niveau du service. Ma psychomot étant partie
48 en congé maternité, etc. Je voulais être formée et je voulais qu'on le mette en place ensemble.
49 Donc, j'attendais un peu que l'équipe se stabilise pour mettre en place ça. »

50 **Mathis :** « La méthode vous la mettez en place depuis que vous êtes formée ou il y a eu un petit
51 temps d'adaptation ? »

52 **Mme A :** « Non, il y a eu un temps d'adaptation. On a vraiment commencé à mettre en place la
53 méthode COTID en novembre 2020, donc, un an après que je sois formée parce que, on va dire

54 que de janvier 2020 jusqu'à novembre 2020, on n'a pas réussi avec la psychomot à se prendre
55 le temps pour pouvoir justement réfléchir à comment mettre en place ce programme dans notre
56 ESA. En plus il y a eu le premier confinement. A la naissance du premier confinement, on a
57 enchaîné beaucoup, beaucoup de bilans. On n'avait pas le temps. On n'a pas pris le temps de se
58 poser pour ça. Et en fait, c'est quand elle a quitté l'équipe en novembre. Avant de partir, elle m'a
59 dit "On va se prendre une semaine sans bilan et on va travailler là-dessus pour que la nouvelle
60 psychomot arrive. Elle intègre directement un nouveau bilan, une nouvelle manière de faire
61 qu'on attaque directement le fonctionnement COTID. Comme ça, il n'y aura pas besoin de la
62 former, puis de la reformer". C'est ce qu'on a fait, et depuis que ma nouvelle collègue est arrivée
63 en novembre, on s'est directement mis en place sur cette nouvelle méthode. C'est l'adaptation
64 qu'on a faite. »

65 **Mathis :** « D'accord. Donc le programme vous le partagez entre vous et la psychomot ? »

66 **Mme A :** « Entre moi, la psychomot, et les ASG. On a essayé d'adapter tout le programme au
67 fonctionnement de l'équipe. »

68 **Mathis :** « J'allais y venir. Est-ce que le cadre imposé par l'ESA vous permet d'effectuer le
69 programme COTID comme on vous a formé ? »

70 **Mme A :** « Ben non, puisque de toute façon... Moi il était hors de question, je sais qu'un certains
71 ESA, parce qu'on en a parlé avec les collègues, on était en formation ensemble, qui ont choisi
72 de faire du COTID, de garder un fonctionnement qu'ils avaient avant sur la plupart des patients,
73 et de faire du COTID pur et dur sur certains patients. Moi, je ne voulais pas faire ça. J'avoue, je
74 voulais absolument que si on mettait en place COTID, ce ne soit pas forcément du vrai COTID,
75 mais que ce soit toute notre philosophie qui soit basée sur du COTID. Parce que pour moi,
76 COTID, c'était logique. En fait, ça faisait longtemps qu'on voulait retravailler sur une autre
77 manière de faire. Ça faisait longtemps qu'on voulait réadapter nos objectifs et notre façon de
78 voir les choses. Je ne voulais absolument pas que ce soit juste un patient de temps en temps. Je
79 voulais, enfin, on voulait avec la psychomot qui était complètement d'accord là-dessus, que ce
80 soit tout le service qui fonctionne sur les bases du COTID. »

81 **Mathis :** « D'accord, alors ce qui vous a intéressé, c'est quoi ? C'est le suivi du patient ? De
82 l'aidant ? »

83 **Mme A :** « Alors déjà, c'est l'intégration de l'aidant dans le fait que cette méthode là on prend
84 beaucoup plus en compte l'aidant. Parce qu'en fait, tout le travail auprès de l'aidant on s'est
85 rendu compte qu'on le faisait, mais qu'on ne le formalisait pas. C'était du temps qu'on passait
86 en plus, on faisait 15 séances et en plus, on donnait des informations à l'aidant mais un peu en
87 sous-main et ce n'était jamais formalisé dans nos courriers, ce n'était jamais formalisé comme
88 un objectif. Et en fait, la mise en place du programme. COTID nous a permis de le formaliser
89 vraiment en termes d'objectifs. Et du coup, de se dire l'accompagnement de l'aidant, ce n'est pas
90 du plus. C'est vraiment partie intégrante de notre fonctionnement d'ESA. Et aussi, ça donne de
91 la lisibilité parce que parfois, on avait des services, des assistantes sociales qui repassaient
92 donner de l'info sur d'autres choses qui n'allaient pas toujours dans le même sens que ce que
93 nous on avait pu proposer. Mais c'était assez logique puisque, en fait, on ne le notait pas dans
94 nos courriers de fin, on ne le mettait pas dans notre accompagnement. Comme maintenant c'est
95 mis dans l'accompagnement, on sait qu'on va aussi passer le relais pour l'aidant à d'autres
96 services et ce sera plus clair. Et ça va éviter que les choses soient démontées de ce qu'on aura
97 pu mettre en place. Voilà pour le côté aidant, après autre chose, c'est que jusque-là, on avait un
98 bilan peu commun sur toute la Dordogne, à tous les ESA de Dordogne, qui était un bilan qui
99 avait le mérite d'exister, un bilan maison qui reprenait des questions du MMS, de l'ERFC Enfin
100 voilà on avait retravaillé un truc un peu commun, mais qui était très papier crayon et ça faisait
101 très longtemps que on se disait ça n'a pas de sens, parce qu'en fait, les bilans neuro-psycho sont
102 faits en consultation mémoire et en fait, les médecins, ils n'ont pas besoin qu'on refasse des
103 bilans papier crayon à la maison parce que c'est pas ce qu'ils veulent. Nous ce qu'ils nous
104 demandaient, et ça faisait déjà quatre ou cinq ans qu'ils nous disaient "nous ce qu'on veut, c'est
105 avoir une vision de la maison, de comment ça se passe à la maison". Donc, ça faisait longtemps
106 qu'on se disait, ça correspond plus ces tests papier crayon. Ça n'a pas de sens. Alors, il suffit
107 qu'on prenne seul des neuropsychologues qui font derrière leur bureau et qu'on essaye de voir
108 comment ça se répercute dans la vie quotidienne à la maison. C'est aussi pour ça qu'on s'est
109 intéressés à la méthode COTID parce que ça faisait longtemps qu'on voulait changer
110 complètement cette phase de bilans initiale. Et dernière chose, ça faisait longtemps qu'on voulait
111 aussi changer, c'est à dire qu'avant on mettait des objectifs de type "stimuler les fonctions
112 cognitives". Point. Voilà, des choses très bateau. En fait, en termes d'objectifs, ça faisait
113 longtemps qu'on s'était dit "il va falloir qu'on retravaille ça". On aimerait retravailler et parler
114 de besoins, partir des besoins du patient et/ou des besoins de l'aidant, et de le mettre en termes
115 d'activité, et de vraiment retravailler une activité dans quelque chose de gradué au niveau des

116 activités. De parfois même limite rééducationnelles parce qu'au début, on avait des patients très
117 loin dans la maladie. Aujourd'hui, on a des patients qui sont en début de maladie, chez qui on
118 peut encore travailler la mise en place de choses et on sentait bien que ça allait être nécessaire.
119 Sauf que dans notre fonctionnement, c'était compliqué parce que nos ASG tournent tous les
120 jours. Donc, il a fallu qu'on repense toujours notre fonctionnement justement pour graduer les
121 séances et pour avoir la meilleure transmission possible entre elles. On est encore en train de
122 tâtonner. La méthode COTID pour ça nous permettait justement d'aller réfléchir en termes de
123 besoins, en termes d'activité. De plus, avoir des choses ronflantes avec du Triomino derrière à
124 toutes les sauces et d'avoir quelque chose de plus construit avec des objectifs à atteindre. »

125 **Mathis :** « Concrètement, comment vous avez adapté le programme COTID pour qu'il
126 fonctionne dans l'ESA ? Vous avez parlé de la collaboration avec la psychomot... »

127 **Mme A :** « En fait, ce qu'on a fait, c'est que j'ai repris l'entretien, l'OPHI-2 adapté. Moi, on va
128 dire que je fais toute la partie OPHI-2 avec le patient. Alors en simplifiant un peu, j'ai retravaillé
129 un peu les questions pour que ça rentre dans un temps qui soit possible. Avec la collègue
130 Psycho, on a divisé un peu l'entretien ethnographique. Parce qu'il y avait des questions qui ne
131 me semblaient pas purement ergo, qui pouvaient être posées par n'importe quel type de
132 professionnels. Autant sur l'OPHI-2, sur l'occupation, etc., autant sur la partie aidant, j'ai gardé
133 ce qui me paraissait plus ergo et la psychomot pose certaines autres questions de l'entretien
134 ethnographique qui pouvaient être posées par une psychomot. De son côté, elle a choisi aussi
135 de faire une partie de bilan plus psychomot avec un dessin du bonhomme, avec de la mise en
136 situation motrice. J'ai abandonné tout le côté test moteur conscience corporelle, c'est logique
137 pour une psychomot. Donc, on s'est réparti comme ça et avec l'aidant, elle pose aussi quelques
138 questions du Zarit et quelques questions de la GDS (Geriatric Depression Scale). Et en fait
139 pendant que moi, je suis avec l'aidant et que je fais une partie de l'entretien ethnographique avec
140 l'aidant, elle est avec le patient. Elle fait sa partie de bilan, on va dire très psychomot et après
141 on inverse. Moi, je fais l'entretien OPHI-2 avec le patient et elle va avec l'aidant, elle fait la
142 deuxième partie, reprend les autres questions d'entretien ethnographiques et elle rajoute les
143 questions du Zarit et des questions plus psychomot. Donc on a un bilan qui n'est pas uniquement
144 de COTID, mais qui est vraiment de la globalité. Et on essaye, alors ça, c'est plus compliqué
145 parce que ça prend une bonne heure et demie, une heure, une heure et demie à deux. Donc on
146 compte qu'une séance de bilan mais en soit, on ferait presque deux bilans en un puisqu'on y va
147 à 2. On compte qu'une séance de bilan et moi, quand j'ai le temps, j'essaie de mettre en place

148 une petite mise en situation. Alors je trouve que c'est le plus difficile à mettre en place parce
149 qu'on ne connaît pas encore bien les patients, on ne sait pas quelles sont leurs habitudes. On
150 prend ce qu'on peut comme une mise en situation. C'est souvent mettre la table, faire un café
151 ou commencer, là l'autre jour c'est une dame on était au moment du repas, donc commencer à
152 préparer le repas. Ce n'est pas forcément le plus révélateur. Mais par contre, quand on cerne
153 que derrière, il va y avoir besoin d'une mise en situation plus poussée, avec une analyse plus
154 poussée des habiletés motrices et opératoires, je me prévois une deuxième séance derrière.
155 Enfin en ce moment je la prévois pour ma stagiaire. Mais voilà, on essaye de pousser un peu
156 plus s'il y a besoin. Après parfois sur des petites mises en situation simples, on a déjà une vision
157 des habiletés motrices et opératoires qui est assez intéressante. Suite à ça, on rentre au bureau,
158 on tape nos comptes rendus, on essaye de le faire à chaud, on réfléchit chacun de notre côté aux
159 objectifs et après, on va soit elle, soit moi, faire un modèle de consultation à domicile. Pour le
160 coup, je trouve que la négociation des objectifs, que ce soit ergo ou psychomot, je pense qu'elle
161 est formée pour pouvoir le faire aussi. Par contre, on travaille bien, enfin on essaye surtout en
162 ce moment, on est un peu en difficulté, mais en amont, sur quel est le besoin du patient. De
163 vraiment revenir au besoin et à l'activité. Après, on se parle, on se répartit, il y en a une ou
164 l'autre qui fait le modèle de consultation. À partir de là, les séances du coup on compte deux
165 séances et après c'est les ASG qui font les séances suivantes. Là, on a complètement retravaillé
166 aussi ce qu'on a appelé le tableau d'objectifs, c'est à dire qu'avant il y avait un tableau avec des
167 objectifs. Maintenant il y a le tableau avec les besoins, objectifs derrière l'activité et on détaille
168 vraiment le nombre de séances qu'on va passer. Par exemple, si l'objectif ça va être retourner
169 faire des courses de manière autonome au Auchan, on va détailler à nos collègues une première
170 sortie pour évaluer l'orientation, une deuxième... On essaye vraiment de leur détailler pour
171 qu'elles sachent vraiment ce qu'elles ont à faire. Ça on est encore en tâtonnements et après bah
172 c'est à elles de suivre un petit peu le guide de nos objectifs et des activités derrière mises en
173 place. Et après nous on y retourne de loin en loin, selon les patients. »

174 **Mathis :** « OK, merci déjà pour ça. Idéalement, comment vous envisageriez la mise en place
175 du programme COTID en ESA ? Es- ce que comme ça, ça vous convient ? Ou vous auriez des
176 attentes un peu plus poussées ? »

177 **Mme A :** « Après moi, je vais être honnête, des ergos, on ne sera jamais assez nombreux pour
178 mener les programmes COTID de A à Z. Je vais aussi être honnête. Il y a des patients avec qui
179 on va pouvoir regagner de l'autonomie et il y a des patients avec qui, de toute façon, on va

180 essayer mais ça ne marchera pas. Il faudra passer le relais. Pour moi, la collaboration avec les
181 ASG ce n'est pas toujours simple et ça a toujours été comme ça depuis 10 ans. Mais ça m'a
182 toujours paru indispensable et j'ai toujours essayé de me dire "comment je peux travailler pour
183 leur passer le relais et la méthode COTID d'autant plus de manière claire et efficace". Parce
184 qu'une chose est sûre, c'est que derrière, si on n'arrive pas à réautonomiser la personne sur une
185 activité, il faut passer le relais à l'auxiliaire de vie et ce sera quelqu'un qui sera encore moins
186 formé que mon ASG. Donc, idéalement, là, en ce moment, la grosse difficulté qu'on a, c'est que
187 nos ASG tournent beaucoup. Normalement, le deal, c'était que quand on mettait en place la
188 méthode COTID, on devait avoir quasiment le même ASG sur les mêmes jours. Parce que nous
189 on a un fonctionnement un peu particulier et ce que ce qui est compliqué par rapport à la
190 méthode COTID après pour les ASG, c'est que du coup, comme c'est beaucoup dans la
191 gradation de l'activité, il faut être hyper bon en transmissions. Il faut être hyper précis pour que
192 le collègue qui prend la suite, si ce n'est pas lui qui a fait la séance d'avant, sache exactement
193 ce qui a été fait et puisse graduer la séance suivante en fonction de la première. Et ça, on se rend
194 compte que quand on a le même ASG pendant plusieurs séances d'affilée, ça marche super bien.
195 Mais dès qu'on change d'ASG, on perd du temps et on revient sur, comme la collègue n'a pas
196 transmis toujours exactement en détail bah "je reviens à faire autre chose. Ou alors je prends un
197 Triomino et je vais faire du Triomino derrière parce que je ne sais pas ce qu'elle a fait
198 exactement. Je n'arrive pas à prendre mes marques derrière quelqu'un". Donc, idéalement, par
199 contre, je pense que le fait de changer tous les quatre matins dans l'esprit COTID et dans l'esprit
200 de gradation et d'atteindre un objectif en décomposant comme ça une activité n'est pas une
201 bonne idée. C'est ce qui nous pèse aujourd'hui le plus. Et après le manque de temps de
202 coordination. Parce qu'à la limite, je sais que je ne peux pas faire les séances partout, donc je
203 suis prête à passer le relais aux ASG. Mais il faudrait qu'on soit plus régulièrement là aussi en
204 tant que thérapeute, pour leur dire "t'en es où", "t'as fait quoi ?", et pour les remobiliser. Parce
205 que souvent, quand ça ne marche pas, la première séance, sur la mise en place de la méthode
206 COTID, quand ça ne marche pas la première séance, il faut les remotiver en leur disant ce n'est
207 pas parce que ça n'a pas marché une séance que, peut-être, il faut réadapter différemment. Mais
208 ce n'est pas pour ça que l'objectif est à foutre à la poubelle, entre guillemets. Et ça, c'est quelque
209 chose où il y a besoin d'être présent parce que sinon, mes collègues ASG, rapidement, malgré
210 toute leur bonne volonté, si l'objectif, je ne sais pas, c'est de retourner faire les courses à Auchan
211 de manière autonome tous les lundis et bah ça arrive qu'elle fasse une séance. Ça, ce n'est pas
212 bien passé. Du coup, je laisse tomber ces objectifs et je passe au suivant. Alors que ce n'est pas
213 l'objectif de COTID. L'objectif de COTID, ce serait d'analyser pourquoi ça ne s'est pas bien

214 passé. Comment on peut réadapter l'activité. Et sinon, si c'est vraiment impossible, à mettre en
215 place des moyens de compensation. Mais j'ai l'impression qu'elles abandonnent trop vite parce
216 que je pense que quand elles sont en difficulté, elles ne nous trouvent pas forcément au bureau
217 pour débriefer avec nous ou elles n'osent pas dire qu'elles ont été en difficulté. Il y a quelque
218 chose qui est à retravailler là-dessus. En tout cas, ne faut pas qu'elles lâchent, en fait. Il arrive
219 souvent que dès qu'elles ont peur ou trouvent que l'objectif est trop ambitieux, elles le mettent
220 de côté. Et c'est quand nous on remplace parfois sur des séances ou que nous on est amenés à y
221 aller, on va dire "Mais pourquoi t'as pas fait ça ?" "Je ne savais pas comment m'y prendre pour
222 cet objectif". Et elles n'osent pas nous interpeller. Peut-être parce que si elles ont peur de ce
223 nouveau fonctionnement, moi, je me dis elles ont peur de mal faire ou qu'on les juge, alors que
224 non. C'est juste une nouvelle méthode. Donc là-dessus, idéalement, je pense qu'il nous faudrait
225 plus de temps de coordination. »

226 **Mathis :** « Très bien. Maintenant on va s'intéresser plus particulièrement à la collaboration
227 entre l'ergo et l'ASG. On a un petit peu commencé, mais surtout les relations que vous entretenez
228 avec elles. Selon vous, quel type de relations professionnelles vous entretenez avec les ASG ? »

229 **Mme A :** « C'est-à-dire ? »

230 **Mathis :** « C'est-à-dire, selon vous, est ce que c'est une relation plutôt de supervision... »

231 **Mme A :** « Transversale ou hiérarchique ? C'est toujours un problème avec les ASG. Alors,
232 c'est très, très difficile, ça a toujours été très, très difficile de se poser la question de la hiérarchie
233 dans le sein de l'équipe. Depuis dix ans, c'est une problématique parce, que parce que mes
234 collègues ASG sont là depuis plus longtemps que moi sur l'équipe du SSIAD. Et on ne va pas
235 se mentir, c'est compliqué pour elles d'accepter que ce soit nous qui décidions de certaines
236 choses. Ça a toujours été comme ça. Avec la mise en place de la méthode COTID, ça fait quand
237 même dix ans maintenant qu'on se connaît, ça ne se passe pas trop mal. Alors, quel est le type
238 de nos relations ? De toute façon, à partir de maintenant, c'est nous qui décidons des objectifs.
239 Donc, il n'y a pas de hiérarchie dans le sens où il n'y a pas de... Ce n'est pas moi qui vais décider
240 de leurs congés, etc. Donc il n'y a pas de subordination dans ce sens-là, mais n'empêche que
241 c'est moi qui suis responsable, moi et la psychomot hein, qui sommes responsables de la mise
242 en place des objectifs et du programme. Donc, de toute façon, c'est nous qui ré interpellons
243 quand ça se passe mal, quand il y a trop de Triominos qui ressortent parce que j'ai un petit

244 problème avec le Triomino. C'est un peu une overdose de Triomino d'ailleurs, il est rangé très,
245 très loin là-haut, tout en haut de l'étagère. Donc, c'est un peu moi qui interpelle. Ce n'est pas
246 toujours simple, c'est parfois mal vécu par mes collègues. J'ai la chance d'être avec ma collègue
247 psychomot qui a un autre tempérament que le mien, qui va pouvoir rediscuter les choses et les
248 réapaiser pour essayer de faire comprendre que on n'est pas là pour leur donner des ordres. Mais
249 quand, en même temps, c'est nous qui écrivons aux médecins, c'est nous qui en prenons la
250 responsabilité. Et que voilà, on essaie en douceur mais on essaie de leur faire comprendre aussi
251 que des fois, on sent que... Des fois on essaye de retravailler avec elle, depuis qu'on a mis en
252 place la méthode COTID quand elles ont un créneau de libre et si ça tombe sur une négociation
253 sur un modèle de consultation, on leur demande de venir avec nous parce qu'en fait, ces derniers
254 temps, on voyait qu'il y avait des objectifs justement laissé de côté. Et quand on creusait, c'est
255 parce qu'en fait, elles avaient l'impression qu'on les envoyait faire des trucs qui seraient
256 irréalisables. Et maintenant, ce qu'on a fait, c'est qu'on les a prises chacune sur une séance de
257 bilan et une séance de modèle de consultation pour leur montrer que ça ne sort pas du chapeau
258 et que si on met des objectifs qui leur paraissent irréalisables, nous en tout cas, on les a évalués
259 et on pense que c'est réalisable. Il faut y mettre les moyens. Il faut y mettre l'énergie. Il faut y
260 mettre le temps, mais c'est réalisable. Parfois, on se plante. C'est aussi le but de l'ESA, parfois
261 on pense que c'est réalisable et on n'y arrive pas. Mais en tout cas, on ne les envoie pas non plus
262 faire des trucs, on ne leur met pas un objectif où on sait qu'elles vont se casser la figure. Et pour
263 ça, ma collègue psychomot est très, très forte pour amener les choses. On essaie d'être beaucoup
264 dans la discussion pour qu'elle le vive le moins possible. C'est à dire que régulièrement, quand
265 elles sont en colère et qu'on sent qu'il y a de la colère parce qu'il y en a qui remonte, on essaie
266 de débriefer le truc en discutant avec elle sur "Qu'est ce qui ne va pas ?". Tous les mois, on a
267 une grosse réunion d'équipe. On essaie de reprendre avec elles comment elles se sentent dans
268 la méthode COTID. Alors, j'ai une collègue qui a toujours du mal à dire ce qu'elle ressent et
269 quand ça explose, c'est généralement trop tard. Mais j'ai une collègue qui, régulièrement, me
270 dit "Ecoute ça, ça va, ça, ça ne va pas » et des fois, je lui dis "Bah là-dessus, c'est comme ça"
271 enfin voilà, c'est moi qui décide. Il y a des choses où on décide parce que c'est nous qui sommes
272 référentes. Il y a d'autres choses qu'on peut discuter. Donc, réponse à la question. Il n'y a pas de
273 position hiérarchique, n'empêche que, si, c'est nous qui décidons des objectifs, donc il y a quand
274 même quelque chose où elles appliquent en fait quelque chose que nous on a décidé. »

275 **Mathis** : « C'est de la supervision en fait. »

276 **Mme A :** « Oui, tout à fait. On peut voir ça comme ça, de la supervision. Et moi, je leur dis
277 toujours que c'est quand même de la collaboration. Parce que, quoi qu'il en soit, ce n'est pas
278 moi qui suis sur le terrain au quotidien. Elles y sont plus que moi. Donc moi, j'ai besoin de leur
279 retour et je ne suis pas butée non plus. Par contre, c'est vrai que quand il y a 5 objectifs et qu'on
280 revient à faire du Triomino alors que ce n'était pas dans les objectifs, en général je suis mal
281 aimable, parce que je commence à en avoir marre. Mais on le retravaille et je trouve que ça
282 s'améliore et qu'on arrive à se faire plus confiance aussi. Des fois, elles me disent, tu ne nous
283 fais pas confiance ? Oui, mais quand vous prenez des objectifs qui ne sont pas ceux que j'ai mis
284 et que vous changez le programme, vous changez ce qui a été prévu. Oui, oui, parce que moi,
285 je suis responsable derrière ce que je vais devoir écrire au médecin. Je ne sais pas comment je
286 vais justifier qu'on a fait dix séances de Triomino. C'est un peu l'idée. Donc, oui, on est dans la
287 supervision et en tout cas, on essaie toujours de le tourner en mode est-ce que vous avez des
288 difficultés ? Et si vous avez des difficultés, on se réadapte, mais on est quand même responsable.
289 C'est nous qui décidons des objectifs. C'est quand même nous qui sommes responsables. Et ça
290 ne se passe pas sans heurt. Bien qu'on se connaisse bien, qu'on s'entende bien, que ça fasse 10
291 ans qu'on travaille ensemble. »

292 **Mathis :** « D'accord il y a quand même des petites tensions, qui peuvent apparaître. Donc vous
293 faites acte de délégation avec les ASG. Est-ce-que vous déléguez des éléments particuliers ou
294 est-ce-que toutes les séances d'intervention sont faites par les ASG ? Comment ça se passe ? »

295 **Mme A :** « On délègue quasi tout. En fait, je me rends compte que ce que je délègue de moins
296 en moins, ça va être quand vraiment on va travailler sur la mise en place d'une orthèse mnésique
297 pour laquelle il va vraiment falloir être pointu. Il va falloir adapter et pas baisser les bras au
298 bout d'une séance. Parce qu'encore une fois on en revient à la même question, par exemple, sur
299 la mise en place d'un planning hebdomadaire. Moi, je sais très bien qu'on va y aller une fois, ça
300 ne va pas marcher, je vais réadapter, je vais changer, etc. Sur quatre, cinq séances. Peut-être
301 que ça marchera pas du tout à la fin parce que ça arrive, mais je ne vais pas lâcher le truc. Alors
302 que comme expliqué, comme elles, elles varient d'une semaine à l'autre. Je sais que si c'est
303 Sophie qui est allée un jour, elle va avoir proposé un truc. Si ça ne marche pas, elle aura marqué
304 que ça n'a pas marché. Audrey va passer la fois d'après. Elle, va voir que ça n'a pas marché et
305 elle ne va pas retenter. Donc quand je sais que vraiment, il va y avoir besoin d'un suivi et une
306 gradation vraiment poussée. C'est moi qui m'en occupe, ou la psychomot. Mais après tout le
307 reste, on délègue. Mais c'est en constante évolution. Le problème, c'est que c'est ce qui est très

308 compliqué dans la délégation avec les ASG, c'est que d'un côté, on nous demande de plus
309 détailler les moyens mis en place parce qu'elles se rendent bien compte que quand on veut
310 arriver quelque part, on a un objectif de début et en même temps, il faut qu'on arrive à leur
311 détailler assez ce qu'on veut dans chaque séance sans que pour autant elles aient l'impression
312 qu'on les maternelle et qu'on leur donne tout de fait. C'est pour ça qu'on est vraiment toujours en
313 travail de collaboration. Je vais détailler plus. Des fois où on m'a dit "Moi, j'ai l'impression de
314 plus avoir d'autonomie parce que tu me détaille tellement le truc". Et l'a collègue d'après m'a dit
315 "Moi, j'ai besoin que tu détailles". Donc on essaye. On est en tâtonnement constant là-dessus. »

316 **Mathis** : « D'accord. »

317 **Mme A** : « Mais sinon, on délègue quasiment toutes les séances. »

318 **Mathis** : « Par rapport à ça, si vous deviez donner quelques mots pour qualifier la délégation,
319 qu'est-ce-que vous donneriez comme mots qui vous viennent ? »

320 **Mme A** : « Je dirais qu'il faut, en termes de mots, "adaptabilité" parce qu'il faut vraiment
321 s'adapter, s'adapter à l'un, à l'autre, c'est dans la relation humaine. Ce n'est pas facile parce qu'il
322 faut savoir parler à la personne sans la mettre en porte-à-faux. Rester calme, s'expliquer, que la
323 personne soit en capacité de poser des questions et de s'interroger. Il faut vraiment s'adapter au
324 jour-le-jour, à chacun. La disponibilité est hyper importante. Ça en ce moment, par exemple,
325 c'est notre gros souci parce qu'on est partout et qu'on a du mal à être assez disponible pour
326 accompagner la mise en place de cette délégation. Et la confiance. La confiance elle est hyper
327 importante parce qu'il faut qu'elles aient assez confiance en moi pour se dire que ce que j'ai mis
328 comme objectif, la psychomot et moi, ce qu'on a mis comme objectif, c'est quelque chose qui
329 est réalisable et il faut qu'elles essayent. Moi, il faut que j'aie assez confiance en elles pour me
330 dire "j'ai mis quelque chose qui est un peu, on va dire un peu osé" dans le sens où il va falloir
331 vraiment être force de proposition. Et j'ai confiance en elles. Elles vont le faire et ne vont pas
332 se reposer sur une activité simple : le Triomino, non je rigole. Non, il y a beaucoup de confiance
333 et de disponibilité des deux côtés. Être disponible, c'est être disponible à la relation et être
334 disponible à entendre les critiques. Et là, je ne dis pas que celles qui ne sont pas disponibles,
335 c'est moi aussi. Il faut que je sois disponible et ce n'est pas toujours simple. Quand le matin on
336 arrive et que la collègue, elle a besoin de vider son sac et de dire que tout ce qu'on a mis comme
337 objectif, elle n'arrive pas à les atteindre et que ça la gonfle et qu'elle nous en veut parce qu'elle

338 a l'impression qu'on l'a mis en difficulté. Donc, il faut être dans une relation de confiance, de
339 disponibilité émotionnelle aussi. Et ce n'est pas facile. Ça demande aussi pas mal aussi
340 d'humilité des deux côtés. Et surtout, de notre côté, à nous. Il faut se dire OK, c'est moi qui
341 décide du programme, c'est moi qui décide du projet parce que c'est moi qui fais les bilans, c'est
342 moi qui fais la négociation, les modèles de consultations. Mais il faut quand même que je reste
343 un peu humble parce que derrière, il faut que je me mette à la portée de mes collègues et je n'ai
344 pas la science infuse. Et si elles n'y arrivent pas et que ça ne marche pas il faut que j'écoute
345 aussi et que je ne sois pas bornée à me dire "T'façon, je suis ergo, je sais que c'est possible et ça
346 va passer. Si tu n'arrives pas, c'est parce que t'es ASG et que tu ne sais pas faire". Ça demande
347 beaucoup d'humilité aussi de notre côté. Je trouve. »

348 **Mathis** : « Sur quoi vous vous appuyez pour permettre la délégation ? Donc vous avez parlé de
349 confiance et de collaboration, est-ce-que vous voyez quelque chose d'autre ? De la
350 communication vous avez parlé aussi... »

351 **Mme A** : « Ouais la communication, hyper importante. »

352 **Mathis** : « Vous utilisez des outils particuliers pour communiquer ? »

353 **Mme A** : « On utilise nos fiches de transmission et ce fameux tableau de transmission. En fait,
354 ce tableau, il est vraiment indispensable car on a une colonne avec l'objectif, le besoin. L'activité
355 à côté est décrite. C'est presque séance par séance. Après, à côté, les ASG rajoutent le numéro
356 de la séance. La date du jour, si ça a été une réussite ou pas et redétaillent dans une feuille à
357 part, s'il y a plus de blablas. Ça nous permet vraiment de savoir ce qui a été fait, ce qui a été
358 atteint ou pas comme étape, en fait. Et ce qui est hyper important, c'est de travailler ces outils
359 ensemble, en collaboration. Et ça, c'est vraiment important. On s'appuie beaucoup là-dessus.
360 C'est-à-dire que nous aussi on fait des propositions. On manque vraiment aussi de temps de
361 réunion et de collaboration, surtout en ce moment où nos collègues sont sur le SSIAD en
362 permanence parce qu'on manque de personnel, mais on a vraiment besoin de temps où on n'a
363 pas de patients. On va se poser un après-midi et on va revoir les outils. "Et qu'est-ce que tu veux
364 ?", "Tu veux des cases à cocher ?", "Tu veux, tu veux du blabla ?", "Tu veux pouvoir faire les
365 deux", "Tu veux un schéma, un code couleur"... Et on a vraiment besoin de ces temps-là. Parce
366 que sinon, on va mettre en place des outils qu'ils ne se seront pas appropriés, qu'ils ne vont pas
367 utiliser correctement ou ils vont faire leur propre adaptation de l'outil, mais l'autre collègue n'est

368 pas au courant. Donc on a vraiment besoin de ces temps de réunion pour vraiment optimiser au
369 mieux le fonctionnement. Parce qu'on ne va pas se mentir, la disponibilité, c'est bien, mais on
370 a tous des réunions. On a tous des rendez-vous, etc. Donc il faut vraiment qu'on arrive à
371 travailler là-dessus. »

372 **Mathis** : « Après, vous restez joignable. S'il y a un problème vous restez joignable au téléphone
373 au téléphone ? »

374 **Mme A** : « De toute façon, on prend rarement des vacances en même temps avec la psychomot.
375 Donc il y a toujours une des deux sur le service. On reste joignable par téléphone. Si vraiment
376 on est en séance et qu'on ne répond pas parce que ça arrive que de notre côté, on soit sur une
377 situation, on ne peut pas répondre. Elles savent très bien que derrière, on se reverra au retour au
378 bureau. Mais même si on est toujours joignable, etc. j'avoue qu'il y a des fois quand même, on
379 est dans le speed. Elles ont besoin de nous parler, de vider leur sac, mais nous, on a d'autres
380 trucs en tête. Et parfois, c'est là où ça achoppe. Parce que, moi je ça m'arrive hein, je dis oui et
381 en fait, je dis oui par réflexe, mais en fait, je n'écoute pas vraiment ce qu'elles me disent. Et
382 derrière, il y a un problème parce que je me dis mais pourquoi on fait ça ? Et la collègue me dit
383 "Tu m'as dit oui" et je n'écoutais pas vraiment. Au-delà de la présence physique, c'est vraiment
384 un côté disponibilité qui est indispensable et parfois, le fait d'être à deux thérapeutes, ça, c'est
385 un gros avantage parce que parfois, pour une raison X ou Y l'un n'est pas disponible
386 émotionnellement et ou cognitivement parce qu'il est ailleurs et le fait qu'il y a un autre collègue
387 et qu'on se dise Laure en ce moment, on voit bien qu'elle est ailleurs... Voilà, le fait d'être à deux
388 pour coordonner je trouve que c'est hyper important. Ça évite que tout repose sur les épaules
389 d'un et ça permet quand le dialogue aussi est difficile parce qu'il y a quelque chose qui a été mal
390 vécu. Parfois, c'est difficile de le verbaliser. Ça permet d'aller voir l'autre collègue thérapeute
391 et de dire "j'essaie d'en parler avec Laure c'est compliqué". Parce que moi, je peux l'entendre.
392 C'est toujours compliqué les relations humaines et de pouvoir discuter avec l'autre et des fois,
393 le fait que ça repasse par plusieurs canaux, à partir du moment où on est prêt à entendre et se
394 remettre en question, ça ne pose pas de problème. Voilà. »

395 **Mathis** : « Quand les ASG rencontrent une difficulté et qu'elles viennent vous en parler, les
396 difficultés portent sur quoi principalement ? »

397 **Mme A :** « Les difficultés portent en ce moment principalement sur... comment dire. En ce
398 moment leurs difficultés, portent principalement sur le choix des objectifs. C'est-à-dire
399 qu'avant, on mettait comme objectif de stimuler les fonctions cognitives. En gros, derrière, elle
400 mettait en place ce qu'elles voulaient. Donc, elles avaient plus d'autonomie. Mais du coup, elles
401 mettaient souvent en place la même chose du Scrabble et du Triomino. Et leur difficulté
402 aujourd'hui, c'est que nous, on leur demande d'être plus pointues et sur autre chose que juste
403 aller faire une activité et d'être vraiment dans quelque chose de plus gradué, etc. Donc, leur
404 difficulté, c'est souvent de se reposer sur la facilité, de prendre toujours le même jeu, toujours
405 la même activité. La plus simple. C'est surtout ça, leur principale difficulté. C'est ça. Et la preuve
406 en est que ma stagiaire a rangé tout le placard à médiation en essayant de ranger les jeux par
407 capacités mises en jeu lors de l'utilisation et elle a mis le Triomino tout en haut. On avait
408 demandé avec la psychomot de mettre le Triomino tout en haut et la collègue qui est passée,
409 elle a dit "Ça va pas du tout dans le rangement parce que moi, je vais être obligée de monter sur
410 une chaise pour chercher le Triomino", alors on lui a dit "Mais c'est le but". Pourquoi tu n'ailles
411 pas chercher systématiquement ce jeu-là et que tu varies un peu tes activités et que tu ne varies
412 pas pour varier, mais que tu réfléchisses à ce que tu choisis en fonction de ce que tu veux
413 travailler. On ne veut pas en faire des ergo, mais qu'elles soient un peu plus dans quelque chose
414 de construit et que si elles choisissent du Triomino, elles choisissent parce que ça correspond à
415 ce qu'on veut atteindre comme objectif. Et pareil. On a énormément de médiation artistique et
416 créative et la plupart du temps ce n'est pas utilisé parce qu'il y a aussi ça aussi avec les ASG.
417 Parfois, il faut vraiment caser le temps de préparer leurs séances. Et quand elles tournent, elles
418 font SSIAD, ESA, SSIAD, ESA, SSIAD, ESA c'est compliqué parce qu'elles sont en ESA.
419 Parfois, la journée est remplie. Elles n'ont pas le temps de faire la transmission. Elles n'ont pas
420 le temps de préparer la journée du lendemain et le lendemain elles sont au SSIAD. Et quand
421 elles reviennent, bah elles savent plus où elles en sont. Elles prennent aussi les activités par
422 facilité, parfois parce qu'elles n'ont pas le temps de préparer correctement leurs séances. Donc,
423 je ne sais plus quelle était la question. »

424 **Mathis :** « C'était les principales difficultés. »

425 **Mme A :** « Oui donc leur difficulté, c'est ça, c'est leur difficulté. C'est qu'avant elles allaient
426 toujours vers la même chose. Elles avaient ce côté rassurant de se dire "De toute façon, je vais
427 mettre le Triomino dans ma voiture et j'aurai toujours une roue de secours. Et là, nous,
428 maintenant, on leur dit "Nan ta roue de secours. Ce n'est pas forcément le Triomino, ta roue de

429 secours c'est... Par exemple ce matin, avec ma stagiaire, j'avais prévu de travailler autour d'un
430 emploi du temps, d'un planning mensuel pour la patiente. Et j'avais amené un jeu parce qu'il y
431 a un autre objectif qui est de varier les activités autour de jeux de mots. J'avais les deux en tête,
432 mais je n'avais pris que des choses qui correspondaient à ce qu'on avait mis comme objectif
433 avec la collègue. C'est ce que je leur dis, "avoir deux activités, parce qu'on ne sait jamais
434 comment la personne va vouloir adhérer à un objectif. C'est bien, mais restez dans les objectifs
435 des patients" et c'est ça qui est difficile pour elles. Elles ont l'impression qu'elles ont moins de
436 facilités, d'activités de facilité, où elles claquent des doigts puis elles ont leurs petits trucs
437 qu'elles sortent et puis ça marche à tous les coups. Mais en même temps, je m'en fous que ça
438 marche à tous les coups. Ce n'est pas grave si ça ne marche pas à tous les coups, c'est aussi ça
439 l'ESA. »

440 **Mathis :** « Par rapport à ces difficultés est-ce que vous avez parfois recours à de la formation
441 auprès des ASG ? »

442 **Mme A :** « Ouais. Alors, ça marche qu'à un cas en ce moment, mais on a un fonctionnement
443 qui est un peu particulier. Un jeudi par mois, on ne prend pas de patient du tout. Toute l'équipe
444 est là, donc, c'est à dire la psychomot, moi et les deux ASG. Normalement y'en a une qui est en
445 arrêt maladie longue durée, mais on est trois. Ce jour-là en fait, on annule les interventions et
446 en fait, le matin, on fait un suivi de tous les patients, on fait une grosse réunion, on reprend
447 chaque patient, on voit où est ce qu'on en est, ce qui ne convient pas. On réadapte tous les plans
448 de soins. Et ça, c'est sur la matinée. Enfin, ça prend une bonne grosse partie de la matinée. Et
449 l'après-midi, on fait soit j'ai pris le temps avant de prendre un des jeux pour laquelle je ne l'ai
450 pas fait et je fais une analyse de jeu. On prend le jeu. On y joue et on voit comment on adapte
451 les règles. On voit comment on peut l'utiliser. Soit, elles, elles peuvent venir avec une idée
452 qu'elles ont eu d'activité. Là, la dernière fois, ma collègue m'a dit "Tiens, je me suis dit que pour
453 des patients qui n'avaient pas trop de problèmes de dextérité, on pourrait tester la broderie
454 Diamant". "OK, mettons". Donc elle peut amener une idée d'activité. Ou alors y'en a une qui
455 peut dire "Ben moi, je suis en difficulté parce que la dernière fois, c'était pour des patients, pour
456 des activités créatives autour de la peinture, je ne sais pas, quand ils ont des troubles moteurs,
457 ce qu'on peut faire". Donc on essaye en amont, on se dit on va travailler soit un objectif, en
458 général, on fait un truc corporel, une activité corporelle, une activité cognitive, une activité
459 créative. Souvent, pas le temps de tout faire. Et on se forme ensemble. La psychomot nous fait
460 des petites séances de respiration, alors pas de la relaxation psychomot parce que ce n'est pas

461 notre job, mais elle nous montre quelques techniques. On s'est rendu compte que la gym douce,
462 enfin des activités de gym. En fait, elles ne les font pas parce qu'en fait, elles ne savent pas trop
463 quoi faire. Là, la psychomot est en train de retravailler sur ça. Et quand vraiment on aura un
464 objectif de gym, elle ira faire une séance en plus après le modèle de consultation pour cerner
465 quel type de gym et elle leur fera des petites fiches techniques gym active, gym douce, gym
466 relaxation, pour qu'elles sachent exactement comment mener leur programme et qu'elles aient
467 des fiches techniques. Donc, on essaye de les construire ensemble. Donc, oui la formation, on
468 le fait par cette méthode-là, tous les mois. Et de leur côté, quand elles, elles ont quelque chose
469 à nous apporter ou quand elles ont envie de tester quelque chose elles nous le disent. A l'inverse,
470 nous, quand on a envie, parce que je ramène régulièrement des nouveaux jeux. Donc je leur
471 montre les nouveaux jeux, on les teste ensemble, on y joue et pareil avec la psychomot. Donc
472 on s'auto forme et après, on a de la formation. Bien sûr, on a des formations autres, extérieures.
473 A la base, on avait comme objectif aussi sur ces demi-journées, de faire venir des intervenants
474 extérieurs, par exemple, ou de faire des petits stages. Mais pour l'instant, avec le COVID tout
475 est bloqué. Et comme on a commencé en période de COVID, voilà. »

476 **Mathis :** « D'accord. Cette question-là, on en a un petit peu parlé aussi. Selon vous, quelles
477 sont les limites de la délégation ? On a parlé du fait que les ASG avaient tendance à un peu
478 laisser tomber assez rapidement, un petit peu de mal à suivre les objectifs par rapport aux
479 difficultés rencontrées. Est-ce-que vous voyez d'autres limites que peut être, j'ai oublié de
480 rappeler ? »

481 **Mme A :** « Les limites aussi de la délégation, moi, je ne vais pas les envoyer quand on va avoir
482 des situations familiales qui sont des situations de systémie familiale assez complexes. J'évite
483 de les mettre en difficulté en les envoyant. Je leur dis, si l'aidant commence à vouloir te parler
484 de ses difficultés et que le patient est là et que ça te met en porte à faux, tu renvoies sur nous.
485 Tu lui dis qu'il nous appelle, on prendra des rendez-vous, on ira rediscuter avec la famille. On
486 fait beaucoup attention à ça, parce qu'on s'est rendu compte ces derniers temps qu'on a pas mal
487 de d'aidants envahissants, voire toxiques, pour la prise en charge. Alors, ils ne le font pas
488 forcément consciemment. On sait bien que c'est leur relation qui n'est pas forcément facile. Et
489 donc, on leur dit si vraiment tu... voilà, passage de relais si vraiment il y a un aidant qui met à
490 mal. Parce que ça résonne en toi sur des choses qui sont trop difficiles à gérer. Tu peux passer
491 le relais et parfois, moi aussi, je suis obligée de passer le relais à la psychomot et inversement.
492 On a tout ce côté-là, en termes de délégation où il y a tout ce qu'on ne délègue pas, tout ce qui

493 va être information administrative, dès qu'on doit commencer à donner des informations sur
494 l'APA, etc. Là, c'est nous qui nous en occupons. À partir du moment où on va devoir donner
495 des informations sur des partenaires. Alors quand c'est des partenaires avec qui on va passer le
496 relais, les services d'aide à domicile et qu'il faut parler des activités en elle-même, là il n'y a pas
497 de problème. Mais dès qu'on est sur des questions de financement, de financeurs, de conseil
498 départemental de la MDPH, on leur dit non. Là, vous ne vous prenez pas la responsabilité de
499 vous lancer là-dedans, ou des mesures de protection. Vous nous passez le relais, vous nous
500 dites. »

501 **Mathis** : « Alors, si vous pouviez me décrire une situation qui illustre bien cette délégation ? »

502 **Mme A** : « C'est compliqué comme en ce moment, elles ne sont pas beaucoup là et on les
503 remplace beaucoup...On a un monsieur là, par exemple, pour qui on a mis en place un objectif
504 qui était de favoriser l'autonomie pour qu'il retourne chercher le journal et le pain tous les
505 matins, c'était notre objectif. La collègue a commencé par une séance de sortie dans le quartier
506 pour voir comment il se repérait. On s'est rendu compte qu'il se repérait bien, qu'en termes
507 d'activité motrice, de risque moteur, il n'y avait pas de risque majeur. La séance suivante, elle
508 devait retourner jusqu'au magasin de journaux et pousser jusqu'à voir deux ou trois fois le
509 parcours. Et en fait à partir du moment où elle a eu fait le parcours complet une fois, elle s'est
510 rendue compte qu'en fait, le patient était en difficulté. Au-delà d'un certain temps, il était au fait
511 d'une fatigabilité cognitive. Et donc, du coup, il ne savait plus trop par quelle route rentrer.
512 Autant que quand il allait qu'au journal ça allait. Qu'au pain, ça allait. Mais le journal plus le
513 pain et rentrer, régulièrement sur ce trajet là il a eu des difficultés. Donc, à partir de là elle nous
514 l'a remonté. Du coup, on a dû dire à madame que l'objectif ne serait pas adapté. On n'a pas à
515 lui faire faire et la sortie journal et pain à suivre, et ça, tous les matins. Donc on lui a dit, on a
516 essayé de retravailler, bon là on ne l'a pas encore fait, mais l'idée sera de retravailler après sur
517 peut être qu'un jour sur deux, il peut aller chercher le pain, un jour sur deux il peut aller chercher
518 le journal. Ou alors on se dit qu'il va chercher plus que le journal ou le pain, mais en tout cas,
519 l'objectif qu'on avait, on ne pourra pas l'atteindre parce qu'on se rend compte que ce n'est pas
520 possible. Vous ne pourrez pas le ré entraîner autant que ça. Ou alors on met en place une
521 auxiliaire de vie tous les matins pour lui faire faire ce tour complet. Ou alors on réadapte le
522 parcours. Là ce sont elles qui ont fait remonter cette difficulté-là. En tout cas, c'est ce que j'ai
523 essayé de montrer sur des situations comme ça c'est "Tu vois t'es allée au bout, t'as tenté la
524 première séance, ça s'est bien passé, la séance suivante..." Et quand ça ne marche pas, ce n'est

525 pas un échec. Parce qu'après tout l'objectif, il était mesurable, atteignable. Sauf qu'on ne peut
526 pas l'atteindre parce que le patient n'a pas les capacités. C'est comme ça, c'est aussi ça, l'ESA.
527 Donc ce n'est pas grave. On va s'arrêter, on va sélectionner, on va retenter, on va réadapter.
528 Voilà un exemple que je trouve assez parlant. »

529 **Mathis** : « D'accord. Et dernière question, est-ce que vous avez peut-être des remarques ou des
530 éléments que vous souhaiteriez ajouter pour compléter l'entretien ? »

531 **Mme A** : « Moi, j'ai toujours été pro équipe pluridisciplinaire, malgré toutes les difficultés
532 qu'on a pu avoir, de part et d'autre de travail, avec les psychomots moi j'ai toujours réussi à
533 trouver des manières de travailler, je n'ai jamais eu de difficulté. Je trouve que en tout cas, ce
534 serait bien que d'un point de vue national, on se penche sur la question de proposer des modèles
535 d'adaptation. Parce que moi, perso, j'en ai un peu marre d'entendre que tout doit revenir aux
536 ergos. En fait, je veux vraiment qu'on trouve plutôt des solutions pour travailler correctement
537 en collaboration. Je ne me verrais pas travailler sans psychomot. Je trouve que le fait qu'on soit
538 partagés sur des mi-temps, c'est hyper intéressant. Elle ne fait rien qui n'a à voir avec l'ergo.
539 Pour moi tout ce qu'elle fait, ce sont des choses qui peuvent être par une psychomot, tout ce qui
540 est ergo elle me l'abandonne et inversement. C'est hyper important pour moi et c'est hyper aussi
541 important pour moi qu'on se dise que de toute façon, on ne pourra pas mener les programmes
542 de A à Z, ou alors il faudrait que demain, l'ergo soient remboursée pour qu'il n'y ait plus que
543 nous qui intervenions. Et ça, on ne va pas se mentir, ça ne va pas arriver. J'aimerais qu'on puisse
544 d'un point de vue national réfléchir et avoir des groupes de travail sur comment adapter,
545 comment travailler cette collaboration et cette délégation. J'ai souvent entendu des ergos dire
546 "la mauvaise idée, c'est la délégation". Ah oui, mais en fait, si on commence à se dire ça en tant
547 qu'ergo, je ne vois pas comment on va s'en sortir parce qu'en EHPAD on a des mi-temps pour
548 500 résidents et ça dans tous nos métiers. Et je trouve que c'est intéressant que des stagiaires,
549 des jeunes s'intéressent à ça. Parce que quoi qu'il en soit, pour moi, l'avenir de l'ergo, c'est quand
550 même la délégation, parce qu'on ne peut pas être partout. Vous êtes de plus en plus à être formés.
551 On va avoir de plus en plus d'ergo et ça, c'est génial. Mais quoi qu'il en soit, on a un coût horaire
552 aussi qui fait que dans les structures, on ne sera jamais en nombre donc il faut qu'on apprenne
553 à lâcher prise aussi. A garder notre rôle, mais aussi à savoir travailler en collaboration avec les
554 autres, correctement. C'est important. »

555 **Mathis** : « Écoutez, moi j'ai fini pour mes questions. »

556 **Mme A :** « Je suis très bavarde hein. »

557 **Mathis :** « Non, c'est très bien, ça me donne beaucoup d'informations. C'est très intéressant.
558 Donc, je vous remercie beaucoup pour avoir pris du temps pour répondre à mes questions. Et
559 donc, n'hésitez pas à me contacter si jamais vous avez besoin d'informations complémentaires.
560 Et puis, vous avez mon mail normalement. »

561 **Mme A :** « Oui, oui, bon courage. »

562 **Mathis :** « Merci beaucoup. Au revoir ! »

563 **Mme A :** « Au revoir. »

ANNEXE VII : Occurrences de mots pour l'entretien 1

Forme	Freq. 	Types
aller	94	ver
mettre	61	ver
objectif	51	nom
temps	43	nom
séance	38	nom
vraiment	37	adv
chose	34	nom
activité	29	nom
place	27	nom
prendre	27	ver
psychomot	27	nr
cotid	26	nr
essayer	26	ver
collègue	25	nom
patient	25	nom
difficulté	22	nom
passer	22	ver
besoin	21	nom
esa	21	nr
travailler	20	ver
arriver	19	ver
asg	19	nr
voir	19	ver
bilan	18	nom
côté	18	nom
question	18	nom
aider	15	ver
triomino	15	nr
trouver	15	ver
compte	14	nom
fois	14	nom
moment	14	nom
méthode	14	nom
coup	13	nom
marcher	13	ver
retravailler	13	ver

ANNEXE VIII : Entretien 2

1 **Mathis** : « Donc, on se retrouve dans le cadre de mon initiation à la démarche de recherche, le
2 mémoire. Je vous remercie d'avoir pris le temps pour vous entretenir avec moi. Je vous informe
3 que cet entretien va être enregistré puis retranscrit pour être analysé, suite à quoi il sera détruit.
4 Ce mémoire porte plus précisément sur le programme COTID et la collaboration entre
5 l'ergothérapeute et l'ASG dans le fonctionnement de l'ESA. Les questions que je vais vous poser
6 apporteront des éléments de réponses à ma question la recherche. Déjà, est-ce que tu as des
7 questions sur le déroulement de l'entretien ? »

8 **Mme B** : « Pas spécialement. »

9 **Mathis** : « Très bien, est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel ? »

10 **Mme B** : « Je suis diplômé e de l'école de Nancy, j'ai été diplômée en 2008. A l'époque il y
11 avait huit écoles en France, maintenant ça a bien évolué. Suite à ça j'ai travaillé deux ans et
12 demi dans un service de gériatrie rattaché à un centre hospitalier. On était 2 temps plein d'ergos
13 et on se partageait un temps à la fois en EHPAD, en soin de suite gériatrique, en consultation
14 mémoire diagnostique et en hôpital de jour et en un équivalent de l'équipe mobile. Ce n'était
15 pas vraiment ce statut-là mais c'était pareil. Voilà c'était une première expérience en gériatrie,
16 après j'ai déménagé dans les Vosges et j'ai pris un poste à mi-temps dans un service de
17 rééducation fonctionnelle hospitalière. Pathologies et tous âges confondus. Ça pouvait être des
18 suivis d'appareillage, des troubles des apprentissages. Et puis, en parallèle de ce mi-temps-là,
19 j'avais un 25% dans un EHPAD. A l'époque-là je n'étais pas à temps plein. L'EHPAD ça a duré
20 un an et après l'ESA s'est ouverte dans mon secteur, j'ai été embauchée à l'ESA en décembre
21 2011 exactement, et du coup en ESA normalement la constitution des équipes prévus par le
22 cadre de l'ARS, c'était un temps plein d'ergo ou de psychomotricien et un temps plein et demi
23 d'ASG. Et moi, du coup, j'avais qu'un mi-temps proposé d'ergo puisque je voulais conserver
24 mon mi-temps à l'hôpital. Donc j'ai été embauchée en mi-temps à l'ESA et je suis toujours à
25 l'ESA et on était une des rares l'équipe à l'époque, maintenant je ne sais pas on est peut-être plus
26 les seuls, à avoir un mi-temps de psychologue. Notre directeur a demandé une dérogation à
27 l'ARS pour avoir un mi-temps de psychologue à la place de psychomotricien. Donc on est parti
28 comme ça, on a créé le service comme ça. Moi à mi-temps, un temps plein et demi d'ASG et un
29 mi-temps de psychologue. Donc c'est vrai que le questionnement de départ, si je peux rentrer

30 dans le détail si ça ne te dérange pas comme ça tu comprendras un peu mieux le fonctionnement.
31 Bah les questionnements au départ c'est les psychologues ne sont pas des ergos, mais c'est
32 vraiment complémentaire et vu les populations, pour les suivis c'est plutôt intéressant. Mais
33 dans la pratique, on ne pouvait pas dire qu'on allait suivre toutes les deux tous les patients. Donc
34 on a décidé toutes les deux quand même de se partager les suivis et de se solliciter l'une et l'autre
35 quand on avait des spécificités. Quand il y a des aménagements de domicile elle m'appelle et je
36 fais ce qu'il faut chez ses patients et quand j'ai des suivis psychos je passe le relais. Mais sinon
37 on a chacun nos suivis. Je l'ai formée un peu sur les troubles cognitifs donc elle fait aussi quand
38 même des bilans d'autonomie. Et on peut déléguer cette partie-là. C'est comme ça qu'on
39 fonctionne et je pense qu'on était les seuls, du moins sur le Grand Est France à faire ça. Il n'y
40 a pas si longtemps que ça, quand on avait revu l'ARS, ça date de 2014 je pense, ils avaient un
41 peu découvert notre fonctionnement et c'était, voilà. Il avait trouvé ça intéressant qu'il y ait un
42 temps de psychologue aussi dans l'ESA et je crois qu'ils l'ont mis en place dans certaines
43 ESA. »

44 **Mathis :** « C'est vrai que ce n'est pas courant ça. »

45 **Mme B :** « Ce n'est pas courant hein. »

46 **Mathis :** « Oui. Donc ça fait environ dix ans que tu travailles en ESA. Pourquoi s'être orientée
47 vers cette structure ? »

48 **Mme B :** « Parce que j'aime bien la gériatrie en général, et que ça s'adresse plus à une population
49 âgée et les démences. Le côté neurologie, voilà, les démences etc. aussi. Et puis j'ai toujours été
50 attirée par ce côté libéral mais je n'ai jamais eu le courage de franchir le pas. Donc c'est vrai
51 que l'intervention à domicile ça pourrait me rapprocher un peu de ça. »

52 **Mathis :** « D'accord. Donc, maintenant, on va faire le rapprochement entre le programme
53 COTID et l'ESA. Ce qu'on sait, c'est qu'il faut environ une quinzaine de séances pour mener le
54 programme COTID à son terme et seulement par l'ergothérapeute. Et c'est ce même nombre de
55 séances qui est alloué à l'ESA. Mais du coup à partager entre les différents professionnels qui
56 composent l'équipe. Donc les prochaines questions vont se focaliser sur l'intégration du
57 programme COTID à l'ESA. Toi, tu es formée au programme COTID ? »

58 **Mme B :** « Ouais, depuis pas longtemps. »

59 **Mathis :** « Depuis combien de temps ? »

60 **Mme B :** « J'ai été dans la session de 2019. Et les deux jours de la formation de décembre je
61 n'ai pas pu les faire. Donc j'ai reporté sur 2020 mais il y eu le confinement. Et du coup le
62 premier jour de la session de 2020 a été reporté en octobre je crois. Donc j'ai fini la formation
63 en décembre là, 2020. Après je n'ai pas une énorme expérience en COTID encore parce que
64 voilà le cadre de pratique il est quand même assez serré et nous ça ne correspond pas à tout
65 profil de personne. Et d'autant plus que ma collègue psychologue, elle ne peut pas le pratiquer le
66 COTID, elle n'a pas été formée, même si j'ai partagé tout ça avec l'équipe. Elle, elle ne peut pas
67 le faire. Et du coup comme on se partage les patients, voilà j'ai moitié moins de patients que si
68 j'étais à temps plein. Le temps si tu veux de trouver des profils compatibles. Mais voilà, j'en ai
69 testé quelques-uns quand même, on va pouvoir en parler. »

70 **Mathis :** « Donc ce n'est pas quelque chose que tu mets en place systématiquement. »

71 **Mme B :** « Non, bah non, puisque le programme COTID, il faut qu'il y ait un aidant régulier et
72 ce n'est pas le cas de tous nos patients. Il y a des gens qui vivent seuls et qui ont des services
73 d'aide à domicile, avec un entourage humain, mais pas forcément familiaux. On a aussi des gens
74 qui sont assez évolués, même si le cahier des charges de l'ESA préconise de voir des gens avec
75 un MMS supérieur à 15 et en début de maladie. Nous on se ferme aucunes portes et c'est vrai
76 qu'on a quand même des patients qui ont des troubles de la communication et des troubles
77 praxiques majeurs. On en voit quand même, et on ne peut pas faire COTID avec des gens trop
78 évolués. Donc non on en n'a pas tant que ça pour qui on peut faire COTID. Après peut être que
79 je pourrais en faire plus que ce que je fais mais on ne pourrait pas le faire systématiquement.
80 Depuis la formation, depuis le printemps 2019, où j'ai suivi les trois premiers jours et on a pu
81 déjà mettre en application des choses, ouais j'ai dû en faire une dizaine. Bon tout n'a pas abouti,
82 donc deux ou trois. »

83 **Mathis :** « Tu l'utilises depuis que tu es formée du coup ? »

84 **Mme B :** « Attends, je regarde un truc aussi. Faut savoir que j'ai été absente aussi pour grossesse
85 quasiment 1 an entre-temps donc je n'ai pas pu trop pratiquer. J'ai été absente d'octobre 2019 à

86 octobre 2020 donc ça ne laisse pas une grosse marge de manœuvre pourra voir fait des suivis
87 COTID. »

88 **Mathis** : « Effectivement, ça peut jouer. Donc, tu as quand même mis en place quelques
89 COTIDs. Est-ce-que le cadre et l'organisation imposés par l'ESA ça a permis d'effectuer le
90 programme COTID comme on te l'a appris à la formation ? »

91 **Mme B** : « Alors en théorie non. C'est quand même compliqué de le mettre avec le cadre de
92 l'ESA. Si on suit vraiment notre cas nous de notre ESA, hors COTID, je fais la visite d'admission
93 avec des ASG. Donc là c'est plutôt une visite de rencontre avec la famille, avec les personnes,
94 discussion avec les histoires de vies, les besoins, les conséquences de la maladie dans le
95 quotidien etc. Pour présenter le service. C'est en suivant qu'on revient pour évaluer, mettre en
96 situation les gens dans les domaines qu'on a ciblés à la visité d'admission comme étant
97 prioritaires. Une, parfois, deux séances d'évaluation, mais ça devient de plus en plus rare. En
98 général l'ASG est assez autonome dès notre troisième visite. Et ensuite, je peux être susceptible
99 de revoir les aidants en cas de besoin en parallèle du suivi de l'ASG et je refais la visite de bilan
100 la dernière séance. Ça c'est notre fonctionnement normal on va dire de l'ESA. Le programme
101 COTID il faut prévoir cinq, six séances juste d'ergo donc, en théorie, on ne peut pas.
102 Maintenant, moi je l'ai prise la souplesse-là. On a vu ça avec la direction, l'infirmière
103 coordinatrice et ils nous laissent vraiment libre choix. Quand j'estime qu'il a besoin de démarrer
104 un programme COTID, ben on voit avec l'ASG pour se lancer là-dedans. Et j'y vas cinq fois
105 toute seule. Et des fois même je vois avec ma collègue psychologue, c'est arrivé sur une
106 situation, non deux d'ailleurs, où en fait c'est elle qui a géré l'entretien ethnographique. Pour les
107 psychologues je trouve que c'est intéressant de voir le côté-là avec l'aidant. Moi j'avais fait les
108 autres entretiens, l'évaluation d'activité commune et la séance de concertation. »

109 **Mathis** : « En fait, toi en fait tu fais surtout toute la partie évaluation. La partie intervention,
110 d'après ce que j'ai compris, tu la laisse aux ASG. »

111 **Mme B** : « Ouais, mais l'ASG c'est compliqué qu'elle soit là aux entretiens. Ça fait beaucoup
112 pour les gens, enfin c'est ce qu'on s'était dit. C'est moi qui fais les entretiens et après on prend
113 un temps au bureau pour échanger sur les situations. Et voilà, les gens définissent leurs objectifs,
114 leurs priorités, et l'ASG après elle programme sur ce qu'on a établi. Après j'avoue que la partie
115 pratique ce que j'ai vraiment expérimenté c'est la partie évaluation. Je n'ai pas encore réussi à

116 bien aller au bout de la méthode. Je n'arrive pas encore à passer avec les gens, à passer à l'étape...
117 Ils arrivent à aller jusqu'à la définition d'objectifs et vite souvent l'aidant capitule. Et il n'insiste
118 pas dans la méthode. Je n'ai pas encore assez d'expérience, assez de recul, de situations. »

119 **Mathis** : « OK et toi, idéalement, il y a ce fonctionnement qui est comme ça, parce que c'est le
120 cadre de l'ESA qui l'impose un peu. Toi, idéalement, comment tu mettrais en place le
121 programme COTID en ESA ? Si tu pouvais un petit peu bousculer les règles établies ? »

122 **Mme B** : « Ben après, c'est bien d'intégrer l'ASG dans la partie pratique. Maintenant, la
123 difficulté c'est l'articulation de tout ça, la communication de toutes ces infos-là. Finalement, bon
124 l'ASG il la voit à la visite d'admission parce que je commence par le premier entretien dès la
125 première visite donc on y va quand même toutes les deux dès le départ. Mais après il la voit
126 plus quand on évalue. Ouais, après, c'est une méthode qui est quand même plus destinée aux
127 ergos. En tout cas c'est impossible travailler tout seul. On ne peut pas faire la méthode tout seul
128 donc c'est sûr qu'un moment il faut pouvoir déléguer ces compétences aux ASG. »

129 **Mathis** : « Et toi cette délégation, c'est quelque chose qui te convient quand même. »

130 **Mme B** : « Pas les compétences d'évaluations à l'ASG, c'est plus le rôle de l'ergo mais plus le
131 côté pratique pour l'ASG. Je ne sais pas si je réponds à ta question. »

132 **Mathis** : « Si si, c'est pour voir si ce côté délégation, c'est quelque chose qui te convient ou si
133 c'est quelque chose qui pose un problème pour toi. »

134 **Mme B** : « C'est sûr qu'en tant qu'ergo on n'est pas habitué à déléguer une partie de la prise en
135 soin. Je ne sais pas vous maintenant à l'école, je pense que c'est différemment mais moi ça fait
136 treize ans quatorze ans que je ne suis pas allé à l'école d'ergo et clairement on nous apprendait à
137 voir notre patient de A à Z. Même si on travaille en équipe pluridisciplinaire, mais notre plan
138 de soin on le gère nous-même. On fait notre évaluation de départ, on fixe nos objectifs avec le
139 patient, avec sa famille, on gère nos séances de rééducation, de réadaptation comme bon nous
140 semble, et on évalue l'atteinte de nos objectifs et on fait notre courrier au médecin à la fin. On
141 faisait tout de A à Z, et hors méthode COTID, à l'ESA, d'emblée on nous dit en tant qu'ergo,
142 voilà tes missions c'est l'évaluation, c'est la supervision du suivi. Mais clairement, les séances

143 en elles-mêmes ce n'est pas toi qui les fais. Donc dès le départ de toute façon, il faut savoir
144 déléguer à des ASG. »

145 **Mathis** : « Ouais donc ça ne part pas d'un choix personnel, c'est vraiment une imposition de la
146 structure. »

147 **Mme B** : « Ben oui, l'ESA fonctionne comme ça. Après, c'est vrai que moi au début, ce n'était
148 pas facile avec ça. Parce que je suis aussi quelqu'un un peu perfectionniste à la base, donc le
149 besoin de maîtriser, ben qui me manquait. Qu'est-ce qui se passe pendant la séance ? Est-ce que
150 l'ASG saura bien adapter les supports si besoins, même si je supervisais ce n'est pas évident.
151 En tant qu'ergo on a tout de suite le regard quand il se passe ça, on réadapte ça, on change ça.
152 L'ASG est toute seule pendant les séances, qu'est-ce qui se passe quoi. Bon, après nous, on est
153 une équipe qui n'a presque pas changé depuis dix ans. Donc les ASG, notamment une, pourrait
154 passer son diplôme d'état d'ergo. Elle a vraiment une très bonne expérience. Maintenant j'ai pris
155 aussi le temps de les former indirectement aux fonctions cognitives dès le départ pour qu'elles
156 aient un peu ce côté ergo dans l'adaptation d'activité, dans la compensation des troubles
157 d'information. La formation d'ASG elle est vraiment très succincte. Nous à la base au service
158 ce sont des aides-soignantes qui font des toilettes, devenues ASG. Donc ça n'a vraiment rien à
159 voir avec l'ESA. Et donc la formation qu'elle ont eue, elles n'avaient aucunes connaissances sur
160 fonctions cognitives. Elles ne connaissaient mais rien du tout... J'ai quand même pris ce temps-
161 là, avec elles déjà la base, pour les initier un peu à tout ça et au début, c'est vrai que je ne lâchais
162 pas tout tout de suite comme ça. Beaucoup plus maintenant, elles adaptent vraiment leurs
163 supports, il n'y a plus besoin de moi quoi. Après c'est difficile de déléguer. Vraiment ce n'est
164 pas évident. »

165 **Mathis** : « On va en parler de ça. Alors donc maintenant on va s'intéresser plus en détail à la
166 collaboration entre l'ergothérapeute et les autres professionnels membres de l'ESA et plus
167 particulièrement les ASG et des relations que tu entretiens avec eux ou elles. Donc, selon toi,
168 quel type de relation professionnelle tu entretiens avec les ASG ? »

169 **Mme B** : « C'est vraiment de la concertation. Les échanges d'informations entre ce que moi j'ai
170 pu voir en très peu de temps de la situation sur deux ou trois séances, et elles, elles voient les
171 gens en situation sur plus de séances que moi, donc c'est vraiment des échanges perpétuels
172 quand on se revoit au bureau. Ça nous arrive quand même de faire des visites en commun. C'est

173 vraiment un échange. Par exemple on fait des fiches relais, par exemple pour les services d'aide
174 à domicile quand il y a des relais qui se mettent en place pour de la stimulation cognitive ben
175 ça on le fait ensemble. Ensemble on confronte notre point de vue sur la situation. Sur les
176 capacités des personnes. Comment se déroulent les activités. Donc c'est vraiment des échanges
177 assez riches entre moi et les ASG quand on se croise. On n'a pas énormément de temps en
178 commun en dehors des visites mais on essaye autant que possible de vraiment beaucoup parler.
179 On essaye aussi beaucoup de tester des choses aussi entre nous. J'avais mis en place des
180 réunions, j'ai appelé ça des réunions outils. On essaie tous les deux mois de bloquer une demi-
181 journée où soit on parle de cas, de situations ou alors on va prendre un jeu de société, puis
182 essayer de voir toutes les formes d'adaptations, une analyse de jeu. J'ai fait un outil sur le thème
183 de la cuisine. Adapter, modifier toutes ces façons de faire. Donc des réunions outils comme ça
184 qui permettent aussi de mieux travailler ensemble. »

185 **Mathis** : « C'est vraiment axé sur la collaboration en fait. »

186 **Mme B** : « Oui oui, ben c'est l'intérêt d'une équipe. C'est deux métiers quand même différents
187 au service d'une même personne. L'idée, c'est de remplir notre objectif qu'on s'est fixés avec les
188 gens. Après chacun a des missions dans l'équipe. Et puis en fonction de notre temps disponible
189 aussi. Faire des recherches de choses, matériel adapté, de choses comme ça des fois sur Internet,
190 des fois c'est moi des fois c'est elles qui le font. Après on en rediscute. Ce matin j'ai une ASG
191 qui a pris des mots fléchés pour une dame avec une maladie de Benson avec des troubles visuels
192 et gnosiques, je lui ai donné des pistes de ce que je pouvais imaginer comme type d'adaptation.
193 Là elle va en séance cet après-midi chez la dame c'est elle qui va tester les différents types de
194 supports pour voir ce qui fonctionne le mieux pour permettre... la dame elle n'arrive plus à faire
195 ses mots fléchés sur une grille classique donc... Par un livret par exemple. Donc c'est elle qui
196 va tester et puis après la séance elle va revenir me dire "tu vois ça, ça a plutôt bien marché, ça,
197 pas du tout". On va en discuter puis on va recréer le livre en fonction. »

198 **Mathis** : « Donc, tu fais vraiment acte de délégations auprès des ASG. »

199 **Mme B** : « Oh là c'est vraiment pour une activité de stimulation pure. Ce n'est pas toujours ça
200 dans d'autres domaines. »

201 **Mathis** : « D'accord, bah de ça on va en reparler un peu plus tard. Donc tu fais vraiment acte
202 de délégation auprès des ASG parce que le cadre l'impose. Mais est-ce-que tu délègue des
203 éléments particuliers ou c'est vraiment tout tout tout en termes d'interventions ? »

204 **Mme B** : « Non pas tout. Tout ce qui est aménagement de domicile, je le conserve. De toute
205 façon ce n'est pas une ASG qui aller va faire un aménagement de domicile donc quand il y a
206 besoin je vais aller faire une visite moi et je refais le lien avec les ergos du conseil général par
207 exemple. Après, quand il y a besoin de matériel aussi un peu spécifique comme conseiller sur
208 des montres GPS ou des choses comme ça. Elles ne vont pas rentrer dans le sujet de conseils
209 en aides techniques. Après sinon, sur les séances en elles-mêmes, non je leur délègue. Dans les
210 séances elles adaptent les jeux, elles créent des trucs donc ça je leur délègue pas mal. Après
211 elles connaissent l'objectif général. L'objectif général par exemple c'est de trouver un jeu avec
212 une règle adaptée pour que la personne puisse encore faire une activité l'après-midi avec ses
213 proches. Donc c'est ça l'objectif général, et c'est elles qui font. Ce sont elles qui testent, qui
214 orientent le jeu. Après je suis là, je suis à leur disposition si elles ont des questions tout ça. Mais
215 si elles y arrivent elles le font toutes seules. »

216 **Mathis** : « Sur quoi tu t'appuies concrètement, sur quels critères tu t'appuies pour dire je vais
217 déléguer telle chose ou pas celle-là ? »

218 **Mme B** : « Déjà je m'appuie sur ce qu'elles m'en disent, les ASG. Je les écoute et si pour cette
219 situation-là elles me disent "là je ne me le sens pas j'ai besoin de ton aide" bah je suis là. Je vais
220 reprendre les rênes pour qu'on puisse aller dans l'accompagnement avec les ASG. Ça part déjà
221 de ce principe-là. Et bon si elles ne viennent pas vers moi pour me dire "je galère" bah c'est que
222 ça va et je les laisse. Je leur laisse cette liberté-là. Et si elles me demandent de l'aide je suis là.
223 Après voilà, il y a des choses sur lesquelles je ne les laisserais pas. Le conseil en aides
224 techniques c'est moi qui le reprends, c'est moi qui ai plutôt les contacts avec la famille donc
225 toutes ces questions-là, comme c'est plutôt les proches qui sont demandeurs de matériel. Donc
226 ça se fait un peu naturellement. »

227 **Mathis** : « D'accord, en fait tu te bases vraiment sur euh, ce qui relève vraiment de la
228 compétence de l'ergo tu t'en occupes. »

229 **Mme B** : « Oui, oui oui. Quand il y a besoin de compenser l'orientation dans le temps par
230 exemple, c'est moi qui vais choisir le type d'aide technique la plus adaptée. Est-ce qu'on va
231 passer par une montre vocale, est-ce qu'on va passer sur une horloge qui montre la date
232 automatiquement, quel type de contraste il faut. On a plusieurs horloges au bureau qu'on peut
233 prêter, il y en a une qui est rétroéclairée rouge, l'autre au contraste noir. Après on en discute
234 avec l'ASG mais c'est quand même moi qui ai la décision de ce qu'on va tester. On a mis en
235 place ça et finalement, vous en pensez quoi ? Bah oui ça fonctionne bien alors je donne les
236 références pour vous la procurer. »

237 **Mathis** : « Et donc, toi, si tu devais la décrire en quelques mots, comment tu qualifierais la
238 délégation ? »

239 **Mme B** : « La délégation bah c'est laisser faire. Tout en gardant le contrôle du suivi, des grandes
240 lignes et des points importants. Ne pas lâcher en fait, tout lâcher quoi. C'est faire faire confiance.
241 C'est déléguer quoi, je ne sais pas comment te dire ça. »

242 **Mathis** : « Oui bah c'est tes mots à toi. »

243 **Mme B** : « Ouais pour moi c'est ça, c'est laisser faire une partie du suivi tout en gardant la
244 supervision, le contrôle des points spécifiques ergos. »

245 **Mathis** : « Et du coup, on en a un peu parlé. Mais sur quoi tu t'appuies pour permettre cette
246 délégation ? »

247 **Mme B** : « Les compétences de chacun. Après les ASG elles ont une formation d'ASG. Donc
248 ça reste dans leurs compétences dans la gestion de la séance elles-mêmes. Après tous les à-
249 côtés ça va être moi, le conseil en aides techniques ou de l'aménagement du domicile. Ce qui
250 relève des compétences de l'ergo. »

251 **Mathis** : « Alors tu t'appuies sur les compétences, tu as parlé de... »

252 **Mme B** : « De l'expérience aussi. J'ai une ASG là par exemple cette année en 2020 qui est partie
253 du service. J'ai toujours eu la même équipe et là cette année, ça bouge un peu. Donc un a une
254 nouvelle aide-soignante qu'on connaît bien du SSIAD. Qu'on a un petit peu demandé parce

255 qu'on la connaît, on sait un peu ses compétences on savait bien que ça irait bien en ESA. Mais
256 bon. N'empêche qu'elle n'a pas encore l'expérience de l'ESA, donc, je vais un peu plus
257 superviser que les deux autres ASG. Pendant les six mois, là elle a commencé en septembre, là
258 ça fait six mois. Bah j'étais beaucoup plus présente avec elle. D'ailleurs, c'est une remarque je
259 me suis faite il n'y a pas longtemps. J'ai repris mon poste là en octobre, bon la fin de l'année a
260 été un peu compliquée à gérer. J'avais un peu la tête dans le guidon, mais là, depuis janvier, je
261 me suis fait la remarque avec ma collègue psychologue, les plans de réhabilitation, on les faisait
262 tous pareil, on détaillait même exactement les objectifs et les moyens utilisés. Comment les
263 utiliser, au tout début je détaillais tout pour les ASG par écrit. Et maintenant, avec l'expérience,
264 je le fais beaucoup moins, maintenant bon on garde une trace dans le dossier écrit, mais
265 beaucoup plus light et finalement dès qu'on sort de la visite d'admission et de l'évaluation, juste
266 en ayant observé et en ayant discuté l'ASG elle sait vraiment où on va avec l'expérience.
267 Cette nouvelle ASG là bah j'ai repris un petit peu plus dans le détail, j'ai réexpliqué des choses
268 un peu plus détaillées, du coup. Et quand je sentirai que voilà, il y aura l'expérience qui viendra
269 aussi bah je lâcherai un peu plus. »

270 **Mathis** : « Donc, tu m'as dit les compétences, l'expérience, tu avais parlé un petit peu de tout
271 ce qui était communication. Par rapport à ça, qu'est-ce que vous mettez en place comme outil
272 de communication ? »

273 **Mme B** : « On se voit déjà, on parle beaucoup des situations. On se voit en réunions outils. Je
274 fais des fiches mémos aussi pour elles, des infos pour la théorie. J'avais fait des fiches sur les
275 maladies dégénératives. Mais bon après, on en parle de cas en cas en fait il y a des maladies
276 neurodégénératives qu'on a très rarement. Le jour où on a un diagnostic un peu particulier, on
277 se replonge ensemble dedans avant de voir les gens. On définit à l'avance quelle ASG va venir,
278 quel binôme va s'occuper de la personne en fonction de la zone géographique, en fonction du
279 moment, en fonction de sa pathologie. Après ça, c'est un problème chez nous, je change un peu
280 de discussion, mais qui il faut que tu comprennes aussi que les gens on ne les connaît pas avant
281 de les voir en visite d'admission et je me suis toujours dit c'est qu'on ne se laisse pas cette liberté
282 de changer d'ASG. Après avoir fait la visite d'admission. Mais nos ASG elles ont aussi des
283 compétences personnelles. Qui sont complètement différentes. J'ai une ASG par exemple tout
284 ce qui est informatique, elle ne maîtrise pas du tout et d'autres beaucoup mieux. Et une autre,
285 elle est beaucoup plus à l'aise avec des gens, on est en milieu montagnard, petites montagnes
286 dans les Vosges, mais voilà dans les fermes isolées, c'est dans anciens agriculteurs tout ça, elle

287 est beaucoup plus à l'aise avec des gens comme ça que des gens... urbains. Après on se connaît,
288 on sait les affinités et les compétences de chacune. Et c'est vrai qu'on ne se laisse pas trop cette
289 liberté là pour les gens parce que on ne veut pas changer d'ASG de séance en séance. Une fois
290 qu'elles sont venues en visite d'admission elles restent référentes en général. Mais je trouvais
291 ça aussi intéressant d'adapter l'ASG en fonction de la situation. Alors de la pathologie certes,
292 parce qu'il y a des pathologies où on est plus ou moins à l'aise et on est tous un peu comme ça.
293 Mais d'avoir le choix, d'avoir 3 ASG différentes ça laisse cette possibilité d'adapter ça, on le
294 fait autant que possible. On essaye de trouver, de taper au plus juste, pour que la prise en charge
295 soit la plus adaptée possible. »

296 **Mathis :** « Donc, en fait, quand vous avez un suivi, c'est une ASG qui s'occupera de ce patient
297 là tout du long. »

298 **Mme B :** « Oui, quand on fait un renouvellement c'est la même qui y retourne. Sauf là, avec
299 l'ASG, ses patients qui sont repris par d'autres, mais sinon d'année en année, c'est toujours la
300 même personne, le même binôme en fait. Oui puis il y a aussi la conduite jusqu'au territoire
301 d'intervention. On a de la neige en hiver, et on a une ASG elle a horreur de conduire sur la
302 neige, donc on regarde où les gens habitent, si ce n'est pas trop isolés. Des fois elles me disent
303 "Oh là je ne le sens pas on est en plein hiver, il va y avoir de la neige ça va être trop galère".
304 Alors je propose à une autre ASG qui est plus à l'aise. J'essaie d'adapter aussi tout ça et c'est de
305 la communication, l'expérience, on retombe un peu sur les mêmes thèmes. »

306 **Mathis :** « Oui, donc en termes de communication, il y a les réunions, la discussion informelle
307 comme ça, quoi d'autre ? »

308 **Mme B :** « Après on a de l'affichage. On a un tableau si je fais des courriers, des fiches relais
309 après voilà, une espèce de brouillon quoi, j'écris dessus si on n'a pas le temps de se voir. J'avance
310 le truc entre deux, je suis à mi-temps donc je ne suis pas là tous les jours non plus, on se croise
311 pas mal malgré tout avec les ASG. On n'a qu'une seule journée en fait dans la semaine où on
312 est toutes là physiquement en même temps, mardi. Tous les deux jours c'est un peu croisé pour
313 couvrir toute la semaine, donc on a un tableau d'affichage. Parce que quand il y a des courriers
314 de faits elles le lisent, elles valident ou pas, elles rajoutent des trucs. Mais voilà on essaie de
315 communiquer autant que possible. Les Post-it aussi, mais ouais le mieux pour moi, c'est de se
316 voir physiquement c'est sûr. »

317 **Mathis** : « Donc il y a un tableau de transmission en fait, c'est ça ? »

318 **Mme B** : « Voilà, un tableau vraiment lié aux documents officiels pour les partenaires qu'on
319 doit envoyer ou les choses comme ça qu'elles doivent consulter. Elles savent que c'est là. »

320 **Mathis** : « Et donc, toi, tu l'as dit un petit peu aussi, tu as recours à de l'a formation auprès des
321 ASG ? »

322 **Mme B** : « Oui. Un peu moins maintenant parce qu'elles ont déjà des bonnes bases. Mais c'est
323 vrai qu'au début j'en ai fait pas mal quand même. Plein de choses, plein de thèmes. Ou elles,
324 c'est elles qui étaient demandeuses de certains thèmes, moi, je me suis adapté aussi à leurs
325 demandes. Pas toute la partie connaissances théoriques sur les maladies neurodégénératives ça,
326 je ne leur ai pas imposée mais c'était des prérequis indispensables. Après, voilà d'autres
327 questionnements. De fois c'est elles qui me demandent des trucs. Et ça on en parlera dans la
328 prochaine réunion outil et on en fera profiter toute l'équipe. Ouais ça marche comme ça. La
329 méthode COTID j'ai pris le temps dès les trois premiers jours de formation, j'ai fait un
330 PowerPoint pour expliquer à toute l'équipe. Mais bon, ça, ce n'est pas évident pour elles de
331 sortir des activités de stimulation. En tant qu'ergo je bataille quand même pas mal. Ah bah ouais,
332 c'est beaucoup plus facile d'aller faire du Scrabble avec les dames que de rentrer dans des
333 objectifs de coopération avec les aidants. C'est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre, donc
334 c'est sûr que le naturel veut qu'elles préfèrent partir directement sur des activités de stimulation
335 de base, et voilà je bataille avec ça pour dire ce qu'il faut aux gens. L'intérêt, c'est vraiment ça
336 sur le long terme, c'est là-dedans qu'on sera le plus efficace. »

337 **Mathis** : « Tu as parlé de tout ce qui est pathologie, tu as parlé de PowerPoint, tu as parlé tout
338 à l'heure des jeux aussi que vous mettez en situation. Tu les mets en situation et tu vois comment
339 tu peux adapter si j'ai bien compris auprès des gens selon la pathologie, c'est ça ? »

340 **Mme B** : « Oui voilà ouais. Aussi ce que je peux te dire c'est que, bon depuis le COVID là c'est
341 un peu galère, parce qu'on ne se voit plus. Mais on avait mis en place des réunions entre les
342 ESA des Vosges. On est 5 équipes sur les Vosges. On se retrouvait toutes les équipes et ça, ça
343 permettrait aussi de se séparer pour que les ASG voient, puissent échanger avec les autres ASG
344 des autres équipes sur leur pratique. Je trouvais ça intéressant que ça ne vienne pas que de moi

345 et de ma collègue psychologue mais qu'il y ait un échange aussi entre équipes. Moi, d'un point
346 de vue ergo, avec les ergos des autres ESA et puis les infirmières on parlait plus de
347 problématiques administratives, par rapport aux partenaires. Mais les ASG, du coup, avaient ce
348 temps-là aussi d'échanges avec d'autres ASG d'autres équipes. Ça fait deux ans qu'on ne s'est
349 pas vus du coup. Ça fait partie aussi de l'expérience, de la communication qu'on peut avoir et
350 qui se mettent en place. C'est un peu moi qui étais à l'origine dans l'équipe ces réunions-là. Et
351 puis, même chose avec les différents partenaires. Avec ma collègue psychologue on est les deux
352 référentes moteurs là-dedans. Ce ne sont pas les ASG qui vont dire "Ce serait bien qu'on revoie
353 la MAIA, la plateforme de répit" c'est plutôt moi et ma collègue psychologue. »

354 **Mathis** : « Faire du lien avec les organisations extérieures. »

355 **Mme B** : « Et le jour de l'échange et de la réunion les ASG sont bien entendu présentes et font
356 partie intégrante de l'équipe. Ça fait plusieurs années déjà, on aimerait remettre en route, voilà,
357 réinviter tous les services de soins et services d'aide à domicile de notre secteur. Discuter de la
358 coordination entre services... Non là les ASG elles sont là, participent aux échanges, et ça fait
359 partie du travail d'équipe. »

360 **Mathis** : « Donc, par rapport à la délégation, est ce que tu as constaté des limites ? »

361 **Mme B** : « Oui il y en a des limites. Elles ne sont pas ergos les ASG, et moi je ne suis pas ASG
362 donc forcément on a chacun nos limites. »

363 **Mathis** : « A quels niveaux ? »

364 **Mme B** : « Je pense en tant qu'ergo, on est une profession plus indépendante au niveau de la
365 hiérarchie. Même si on en a une de hiérarchie, moi j'ai vraiment ressenti au niveau de la prise
366 d'initiative dans l'équipe. J'ai beaucoup plus de facilité pour prendre des décisions que les ASG.
367 Si tu veux elles sont issues du SSIAD. Chez nous, ça fonctionne comme ça, c'est l'infirmière
368 coordinatrice qu'il dicte toutes leurs missions, mais vraiment dans le détail. Se rendre chez telle
369 personne de telle à telle heure, faire tel soin dans tel ordre, etc. Elles n'ont pas vraiment de prise
370 d'initiative. Tu vois ce que je veux dire ? »

371 **Mathis** : « Oui. »

372 **Mme B :** « Quand elles arrivent à l'ESA, tout de suite moi j'ai cherché à ce qu'elles en aient des
373 initiatives, qu'elles se disent aussi chez untel, je vois ça bah on va modifier. On va faire ça
374 plutôt. Bien sûr qu'elles m'en parlent mais qu'elles aient beaucoup plus d'initiatives. Et ça, ça a
375 été vraiment une limite. Du moins au départ. Beaucoup de mal. Elles travaillent toujours en
376 plus en même temps hein elles sont qu'à temps partiel sont l'ESA donc elles ont leur autre temps
377 sur le SSIAD. Donc c'était leur demander de s'adapter à deux façons de faire complètement
378 différentes. Pour moi, c'était quand même une limite. Si c'était moi qui travaillais, qui faisait les
379 séances à la place de l'ASG, en fait je leur demandais d'être comme moi, si je faisais les séances.
380 Et elles avaient beaucoup de mal au départ, moins maintenant, mais ça dépend de la personne.
381 On a toujours une ASG qui est vachement en retrait par rapport à des trucs, en train de me dire
382 "je ne peux pas faire ça". Des fois, je lui dis "mais appelle untel, appelle le CLIC pour avoir les
383 infos" mais elle n'ose pas parce qu'elle n'a jamais trop eu l'habitude. Voilà pour moi l'ASG elle
384 peut aussi appeler la coordinatrice sociale du CLIC pour savoir le détail du plan d'aide de la
385 dame. Ce n'est pas un truc ergo ça et c'est ces limites-là en fait. On n'a pas la même sensibilité
386 par rapport aux métiers, à la relation et puis le même positionnement dans la hiérarchie. Et ça
387 c'est pareil les ASG sont censées être dans la hiérarchie en-dessous de l'ergo. Mais pour moi
388 dans l'équipe, je les considère vraiment comme mon égal. On travaille ensemble et je m'en fiche
389 un peu de ça. Et elles, elles me considèrent un peu comme leur chef. J'ai vraiment du mal avec
390 ça parce que j'essaie au maximum d'aplanir ces niveaux. Voilà qui empêchent d'avancer toutes
391 dans le même sens pour notre patient. Je ne sais pas si tu vois. »

392 **Mathis :** « Oui oui je comprends. »

393 **Mme B :** « C'est un peu un frein ça. Je trouve. »

394 **Mathis :** Et par rapport aux problèmes rencontrés par une des ASG, par exemple. Elles te le
395 font remonter et tu t'adaptes c'est ça ?

396 **Mme B :** « Oui, c'est ça. Elles m'en parlent et on voit ensemble les solutions qu'on peut
397 apporter. »

398 **Mathis :** « Et ça marche toujours ? Vous arrivez toujours à bien vous adapter pour que les
399 prochaines séances se passent mieux ? »

400 **Mme B :** « Alors oui, c'est sûr que moi en tant qu'ergo je dois m'adapter aux trois profils d'ASG
401 qu'on a. Elles sont toutes les trois différentes et elles en tant qu'ASG elles doivent s'adapter
402 aussi à mon fonctionnement d'ergo, au fonctionnement de ma collègue psychologue. Voilà, les
403 binômes sont vraiment croisés donc, on est tout le temps en train de s'adapter et de s'adapter
404 aux situations qu'on rencontre. Il n'y a pas une prise en charge qui se ressemble. Et c'est bien
405 comme ça. »

406 **Mathis :** « Est-ce que tu pourrais me décrire une situation qui illustre bien cette délégation entre
407 toi et les ASG ? Si tu en as. »

408 **Mme B :** « Ouais, par exemple quand on a besoin de mettre en place des relais, on intervient
409 quinze séances et l'objectif principal de notre intervention, c'est de faire accepter un aidant
410 professionnel autre que la famille, par définition, à la personne. Il arrive encore assez souvent
411 qu'on arrive en première intention au domicile, qu'il n'y ait pas encore du tout de plan d'aide et
412 que l'aidant soit en demande de répit aussi. Donc l'objectif est de faire accepter à la personne
413 d'avoir quelqu'un qui l'accompagne dans des activités de vie quotidienne. Mais dans ces cas-là.
414 Du coup, l'ASG fais ses séances dans ce but-là, de se faire accepter en tant qu'aide extérieure.
415 Et derrière, il faut vraiment faire ce travail de mise en place du plan d'aide. Donc recontacter le
416 CLIC, ou le conseil général, etc. Demander l'évaluation APA s'il y a besoin, des fois il n'y a
417 rien de fait. Ça, c'est plutôt moi qui fais cette partie administrative, partenaire. Et ensuite, il y a
418 cette délégation aussi au niveau du domicile. Déjà, avant de faire ces fameuses fiches relais
419 qu'on fait pour transmettre les informations aux services d'aide à domicile donc sur les activités
420 qui ont pu fonctionner, les centres d'intérêt de la personne, les habitudes de vie de la personne.
421 On reprend les techniques de guidance qui fonctionnent, ce qui ne fonctionne pas. Mais c'est
422 purement informatif pour les services d'aide à domicile. Mais on transmet cette fiche-là, à deux.
423 Et cette délégation se fait aussi au niveau de la transmission physique du relais, on fait en sorte
424 de faire un rendez-vous avec l'ASG, une séance commune avec l'ASG et la personne du service
425 d'aide à domicile qui prendra le relais. Concrètement, en tant qu'ergo, je fais toute cette partie
426 de logistique, de prise de contact. De mise en place, de contacter les ADMR et de prendre un
427 rendez-vous un jour où l'ASG y va. Et c'est l'ASG qui fait la séance de relais. C'est elle qui a
428 fait toutes les séances avec la personne, qui connaît bien les capacités de la personne en
429 situation. C'est normal que ce elle qui fasse ce relais physique. Voilà c'est vraiment un exemple
430 de comment on peut fonctionner et quel rôle peut avoir et quel rôle je peux déléguer. »

431 **Mathis** : « C'est intéressant. »

432 **Mme B** : « C'est un exemple, je pourrais dire que c'est moi qui fais le relais mais je ne serais
433 vraiment pas à ma place je trouve que ce n'est pas moi qui ai fait les séances précédentes. Voilà
434 il y a des phases où on fait vraiment à deux, la fiche relais reflète vraiment notre avis à toutes
435 les deux sur la situation. Et puis voilà, le relais physique c'est l'ASG qui le fait. »

436 **Mathis** : « Ben écoute moi, j'ai fini mes questions. Est-ce que toi, tu as d'autres remarques ou
437 éléments que tu souhaites rajouter pour compléter l'entretien ? »

438 **Mme B** : « Je pense que tu as abordé pas mal de thèmes en lien avec la communication
439 ASG/ergo en ESA c'est intéressant. Maintenant, la méthode COTID elle est super mais avec les
440 moyens qu'on a en ESA, je trouve ça un peu juste. C'est assez chronophage. Ergo en ESA,
441 finalement, ça se passe beaucoup au bureau avec la coordination et moins chez les gens. Et avec
442 la méthode COTID il faut quand même être présent avec la phase d'évaluation qui est quand
443 même assez longue. Ça je l'imagine pas du tout être fait par les ASG. Et est quand même
444 difficile à mettre en place concrètement. Mais j'y crois beaucoup à cette méthode donc j'essaie
445 d'approfondir et d'orienter. Et je pense que mes collègues le sentent très bien qu'une occasion
446 se présente on rentre là-dedans et on essaie. Mais ce n'est pas si évident de les convaincre parce
447 que je n'ai pas encore réussi à au bout de de la méthode complète. C'est vraiment difficile de
448 passer le relais. D'avoir fait tous les entretiens, d'avoir plein d'infos, alors même si on se les
449 transmet ces infos ce n'est quand même pas pareil que de l'avoir vécu en entretien. Et derrière
450 leur demander des objectifs... Ouais, ce n'était pas évident. Ce n'est pas évident pour les aidants
451 aussi. Même dans cette méthode-là, parce qu'ils ne s'y attendent pas du tout quand en leur
452 propose ça. De les inclure autant dans la prise en soin. Ils savent très bien que le neurologue,
453 ou le gériatre a fait une prescription pour des séances de stimulation cognitive pour leur conjoint
454 ou parent, ils ne se doutent pas qu'on va les solliciter pour beaucoup plus que ça. C'est assez
455 déstabilisant pour eux. On leur explique que ça a un intérêt pour les deux. Souvent ils s'attendent
456 à ce qu'on intervienne une heure par semaine et que ça va leur faire un moment de répit pendant
457 ce temps-là. La méthode COTID ça leur demande énormément d'investissement de leur part, et
458 des fois on sent qu'il y a à la fois une demande qu'on les aide, mais de la peur de se dire désir
459 "jusqu'où ils vont aller". C'est un peu un frein ça, après il faut que j'aie un peu plus d'expérience
460 dans la méthode. Mais sinon c'était bien, merci. »

- 461 **Mathis** : « Merci à toi, je te remercie d'avoir accordé ton temps pour répondre à mes questions.
462 N'hésite pas à me contacter au besoin, tu as mon mail. »
- 463 **Mme B** : « Toi aussi. Pour me donner de tes nouvelles. »
- 464 **Mathis** : « Oui, je t'enverrai mon mémoire, si tu veux. »
- 465 **Mme B** : « Avec plaisir. Merci, bon courage et au revoir ! »
- 466 **Mathis** : « Merci beaucoup, au revoir ! »

ANNEXE X : Nuage de mots généré pour l'entretien 2

Forme	Freq. 	Types
asg	67	nr
aller	44	ver
temps	35	nom
voir	32	ver
vraiment	32	adv
séance	26	nom
esa	23	nr
ergo	21	adv
équipe	21	nom
gens	19	nom
prendre	18	ver
adapter	17	ver
service	15	nom
aide	14	nom
cotid	14	nr
mettre	14	ver
relais	14	nom
situation	14	nom
fois	13	nom
méthode	13	nom
objectif	13	nom
partie	13	nom
place	13	nom
psychologue	13	nom
suivre	13	ver
visite	13	nom
besoin	12	nom
demander	12	ver
domicile	12	nom
expérience	12	nom
exemple	11	nom
passer	11	ver
chose	10	nom
essayer	10	ver
jour	10	nom
laisser	10	ver

ANNEXE XI : Tableau d'analyse matricielle des verbatims

Team management :

Critère	Indicateur	Citations	
		Entretien 1	Entretien 2
Identification des rôles	Le rôle de superviseur/délégrant/co-ordinateur, ici l'ergothérapeute est clairement identifié. Les membres de l'équipe savent vers qui se tourner lorsqu'ils rencontrent une difficulté ou ont une demande.	(1.172) après c'est les ASG qui font les séances suivantes (1.178-179) On essaye vraiment de leur détailler pour qu'elles sachent vraiment ce qu'elles ont à faire (1.243-244) ça a toujours été très, très difficile de se poser la question de la hiérarchie dans le sein de l'équipe (1.249-250) c'est nous qui décidons des objectifs (1.250-253) Ce n'est pas moi qui vais décider de leurs congés, etc. Donc il n'y a pas de subordination dans ce sens-là, mais n'empêche que c'est moi qui suis responsable, moi et la psychomot hein, qui sommes responsables de la mise en place des objectifs et du programme (1.260-261) on n'est pas là pour leur donner des ordres. Mais quand, en même temps, c'est nous qui écrivons aux médecins, c'est nous qui en prenons la responsabilité (1.289) On peut voir ça comme ça, de la supervision	(1.114-115) C'est moi qui fais les entretiens et après on prend un temps au bureau pour échanger sur les situations (1.196-198) je lui ai donné des pistes de ce que je pouvais imaginer comme type d'adaptation. Là elle va en séance cet après-midi chez la dame c'est elle qui va tester les différents types de supports pour voir ce qui fonctionne le mieux pour permettre... (1.219-220) je suis à leur disposition si elles ont des questions tout ça (1.239) c'est quand même moi qui ai la décision de ce qu'on va tester (1.244) La délégation bah c'est laisser faire. Tout en gardant le contrôle du suivi (1.248-249) c'est laisser faire une partie du suivi tout en gardant la supervision (1.359-360) Avec ma collègue psychologue on est les deux référentes

		(1.536) à partir de là elle nous l'a remonté	
	Le rôle de membre de l'équipe/délégué est clairement identifié. Le membre de l'équipe connaît sa fonction et son champ de compétence	(1.179) c'est à elles de suivre (1.211-212) je suis prête à passer le relais aux ASG (1.286-287) il y a quand même quelque chose où elles appliquent en fait quelque chose que nous on a décidé	(1.99) En général l'ASG est assez autonome dès notre troisième visite (1.125) c'est bien d'intégrer l'ASG dans la partie pratique (1.131-132) c'est sûr qu'un moment il faut pouvoir déléguer ces compétences aux ASG (1.148) il faut savoir déléguer à des ASG (1.218) c'est ça l'objectif général, et c'est elles qui font
Techniques de management	Le superviseur détermine ce qui doit être délégué	(1.180) le guide de nos objectifs (1.274) on ne leur met pas un objectif où on sait qu'elles vont se casser la figure (1.309) On délègue quasi tout. En fait, je me rends compte que ce que je délègue de moins en moins, ça va être quand vraiment on va travailler sur la mise en place d'une orthèse mnésique pour laquelle il va vraiment falloir être pointu (1.319-321) quand je sais que vraiment, il va y avoir besoin d'un suivi et une gradation vraiment poussée. C'est moi qui m'en occupe, ou la psychomot (1.502-503) je ne vais pas les envoyer quand on va avoir des situations familiales qui	(1.115-116) les gens définissent leurs objectifs, leurs priorités, et l'ASG après elle programme sur ce qu'on a établi (1.134-135) Pas les compétences d'évaluations à l'ASG, c'est plus le rôle de l'ergo mais plus le côté pratique pour l'ASG (1.209-211) Tout ce qui est aménagement de domicile, je le conserve. De toute façon ce n'est pas une ASG qui aller va faire un aménagement de domicile donc quand il y a besoin je vais aller faire une visite (1.214-215) sinon, sur les séances en elles-mêmes, non je leur délègue

		<p>sont des situations de systémie familiale assez complexes (1.516-520) quand c'est des partenaires avec qui on va passer le relais, les services d'aide à domicile et qu'il faut parler des activités en elle-même, là il n'y a pas de problème. Mais dès qu'on est sur des questions de financement, de financeurs, de conseil départemental de la MDPH, on leur dit non. Là, vous ne vous prenez pas la responsabilité de vous lancer là-dedans</p>	<p>(1.228-229) il y a des choses sur lesquelles je ne les laisserais pas. Le conseil en aides techniques c'est moi qui le reprends (1.253-255) Après tous les à-côtés ça va être moi, le conseil en aides techniques ou de l'aménagement du domicile. Ce qui relève des compétences de l'ergo (1.393-394) pour moi l'ASG elle peut aussi appeler la coordinatrice sociale du CLIC pour savoir le détail du plan d'aide de la dame (1.427-428) c'est plutôt moi qui fais cette partie administrative, partenaire (436-438) Concrètement, en tant qu'ergo, je fais toute cette partie de logistique, de prise de contact. De mise en place, de contacter les ADMR et de prendre un rendez-vous un jour où l'ASG y va. Et c'est l'ASG qui fait la séance de relais</p>
	<p>Le superviseur s'appuie sur les compétences des membres de l'équipe et prend ce facteur en compte. Le superviseur décide de qui réalise tel acte en prenant en compte</p>	<p>(1.225-226) Il y a quelque chose qui est à retravailler là-dessus (1.290-291) ce n'est pas moi qui suis sur le terrain au quotidien. Elles y sont plus que moi</p>	<p>(1.158-159) Elle a vraiment une très bonne expérience (1.164) elles n'avaient aucunes connaissances sur fonctions cognitives (1.252-253) Les compétences de</p>

	l'avis des membres de l'équipe	(1.335-336) "adaptabilité" parce qu'il faut vraiment s'adapter, s'adapter à l'un, à l'autre, c'est dans la relation humaine	chacun. Après les ASG elles ont une formation d'ASG. Donc ça reste dans leurs compétences dans la gestion de la séance elles-mêmes (1.257) l'expérience aussi (1.274-275) quand je sentirai que voilà, il y aura l'expérience qui viendra aussi bah je lâcherai un peu plus (1.289-290) nos ASG elles ont aussi des compétences personnelles. Qui sont complètement différentes (1.390) ça dépend de la personne
	Le superviseur répond aux feedbacks des membres de l'équipe. Le leader met en place des actions face aux difficultés rencontrées par les membres de l'équipe	(1.212-213) il faudrait qu'on soit plus régulièrement là aussi en tant que thérapeute, pour leur dire "t'en es où", "t'as fait quoi ?", et pour les remobiliser (1.227-228) Il y a quelque chose qui est à retravailler là-dessus (1.254) c'est nous qui ré interpellons quand ça se passe mal (1.263-265) depuis qu'on a mis en place la méthode COTID quand elles ont un créneau de libre et si ça tombe sur une négociation sur un modèle de consultation, on leur demande de venir avec nous (1.268-269) c'est qu'on les a prises chacune sur	(1.165-167) ... J'ai quand même pris ce temps-là, avec elles déjà la base, pour les initier un peu à tout ça et au début, c'est vrai que je ne lâchais pas tout tout de suite comme ça. Beaucoup plus maintenant (1.184-185) On essaie tous les deux mois de bloquer une demi-journée où soit on parle de cas, de situations (1.200-202) après la séance elle va revenir me dire "tu vois ça, ça a plutôt bien marché, ça, pas du tout". On va en rediscuter puis on va recréer le livre en fonction.

		<p>une séance de bilan et une séance de modèle de consultation pour leur montrer (1.300-301) on essaie toujours de le tourner en mode est-ce que vous avez des difficultés ? Et si vous avez des difficultés, on se réadapte (1.349) entendre les critiques (1.375) travailler ces outils ensemble (1.462-466) Un jeudi par mois, on ne prend pas de patient du tout. Toute l'équipe est là, donc, c'est à dire la psychomot, moi et les deux ASG. [...] on fait un suivi de tous les patients, on fait une grosse réunion, on reprend chaque patient, on voit où est ce qu'on en est, ce qui ne convient pas (1.544-545) ce sont elles qui ont fait remonter cette difficulté-là</p>	<p>(1.223-225) si pour cette situation-là elles me disent "là je ne me le sens pas j'ai besoin de ton aide" bah je suis là. Je vais reprendre les rênes pour qu'on puisse aller dans l'accompagnement avec les ASG (1.281-283) il y a des maladies neurodégénératives qu'on a très rarement. Le jour où on a un diagnostic un peu particulier, on se replonge ensemble dedans avant de voir les gens (1.311-312) Alors je propose à une autre ASG qui est plus à l'aise. J'essaie d'adapter aussi tout ça (1.406-407) Elles m'en parlent et on voit ensemble les solutions qu'on peut apporter</p>
	<p>Le superviseur évalue les résultats des actes effectués par délégation. Le leader veille au bon déroulement des actes délégués.</p>	<p>(1.180-181) après nous on y retourne de loin en loin (1.225) j'ai l'impression qu'elles abandonnent trop vite (1.265-266) on voyait qu'il y avait des objectifs justement laissé de côté (1.291-292) moi, j'ai besoin de leur retour</p>	<p>(1.99-101) ensuite, je peux être susceptible de revoir les aidants en cas de besoin en parallèle du suivi de l'ASG et je refais la visite de bilan la dernière séance (1.337-338) ce n'est pas évident pour elles de sortir des activités de stimulation</p>

		(1.422) leur difficulté, c'est souvent de se reposer sur la facilité (1.547-550) quand ça ne marche pas, ce n'est pas un échec. Parce qu'après tout l'objectif, il était mesurable, atteignable. Sauf qu'on ne peut pas l'atteindre parce que le patient n'a pas les capacités. C'est comme ça, c'est aussi ça, l'ESA. Donc ce n'est pas grave. On va s'arrêter, on va sélectionner, on va retenter, on va réadapter	
Communication	Le superviseur et les membres de l'équipe interagissent par le biais de différentes techniques et outils de communication.	(1.174-176) il y a le tableau avec les besoins, objectifs derrière l'activité et on détaille vraiment le nombre de séances qu'on va passer (1.199) il faut être hyper bon en transmissions. Il faut être hyper précis pour que le collègue qui prend la suite, si ce n'est pas lui qui a fait la séance d'avant, sache exactement ce qui a été fait et puisse graduer la séance suivante (1.275-276) On essaye d'être beaucoup dans la discussion (1.279) Tous les mois, on a une grosse réunion d'équipe (1.325-326) il faut qu'on arrive à leur détailler assez ce qu'on veut dans chaque séance sans que pour autant	(1.175-176) c'est vraiment des échanges perpétuels quand on se revoit au bureau (1.177) on fait des fiches relais (1.184) J'avais mis en place des réunions, j'ai appelé ça des réunions outils (1.194) Après on en rediscute (1.279) On se voit déjà, on parle beaucoup des situations. On se voit en réunions outils (1.315-316) On a un tableau si je fais des courriers, des fiches relais après voilà, une espèce de brouillon quoi, j'écris dessus si on n'a pas le temps de se voir (1.322) on essaie de communiquer autant que possible

		<p>elles aient l'impression qu'on les maternelle et qu'on leur donne tout de fait</p> <p>(1.360) il faut que j'écoute aussi</p> <p>(1.367) la communication, hyper importante</p> <p>(1.369) On utilise nos fiches de transmission et ce fameux tableau de transmission</p> <p>(1.386-386) on a vraiment besoin de ces temps de réunion pour vraiment optimiser au mieux le fonctionnement</p> <p>(1.392) On reste joignable par téléphone</p>	<p>(1.322) Les Post-it aussi</p>
<p>Influences structurelles</p>	<p>Les contraintes organisationnelles sont à l'origine de la délégation des actes</p>	<p>(1.189-190) Mais ça m'a toujours paru indispensable</p> <p>(1.211) je ne peux pas faire les séances partout</p> <p>(1.567-569) J'aimerais qu'on puisse d'un point de vue national réfléchir et avoir des groupes de travail sur comment adapter, comment travailler cette collaboration et cette délégation</p> <p>(1.575-577) on a un coût horaire aussi qui fait que dans les structures, on ne sera jamais en nombre donc il faut qu'on apprenne à lâcher prise aussi</p>	<p>(1.92-93) en théorie non. C'est quand même compliqué de le mettre avec le cadre de l'ESA</p> <p>(1.102-103) Le programme COTID il faut prévoir cinq, six séances juste d'ergo donc, en théorie, on ne peut pas</p> <p>(1.130-131) En tout cas c'est impossible travailler tout seul. On ne peut pas faire la méthode tout seul</p> <p>(1.145-148) à l'ESA, d'emblée on nous dit en tant qu'ergo, voilà tes missions c'est l'évaluation, c'est la supervision du suivi. Mais clairement, les séances en elles-mêmes ce n'est pas toi</p>

			qui les fais. Donc dès le départ de toute façon, il faut savoir déléguer à des ASG
	Le superviseur s'appuie sur les ressources fournies par la structure	(1.195-197) le deal, c'était que quand on mettait en place la méthode COTID, on devait avoir quasiment le même ASG sur les mêmes jours (1.391-392) on prend rarement des vacances en même temps avec la psychomot. Donc il y a toujours une des deux sur le service (1.401-402) le fait d'être à deux thérapeutes, ça, c'est un gros avantage	(1.103) moi je l'ai prise la souplesse-là. On a vu ça avec la direction, l'infirmière coordinatrice et ils nous laissent vraiment libre choix. (1.106-110) avec ma collègue psychologue, c'est arrivé sur une situation, non deux d'ailleurs, où en fait c'est elle qui a géré l'entretien ethnographique. Pour les psychologues je trouve que c'est intéressant de voir le côté-là avec l'aidant. Moi j'avais fait les autres entretiens, l'évaluation d'activité commune et la séance de concertation. (1.258-261) J'ai toujours eu la même équipe et là cette année, ça bouge un peu. Donc un a une nouvelle aide-soignante qu'on connaît bien du SSIAD. Qu'on a un petit peu demandé parce qu'on la connaît, on sait un peu ses compétences on savait bien que ça irait bien en ESA (1.300-301) d'avoir le choix, d'avoir 3 ASG différentes ça laisse

			cette possibilité d'adapter ça, on le fait autant que possible
	Le superviseur rencontre des limites fixées par l'institution	(1.194-195) la grosse difficulté qu'on a, c'est que nos ASG tournent beaucoup (1.203-204) Mais dès qu'on change d'ASG, on perd du temps (1.210) manque de temps de coordination (1.226) elles ne nous trouvent pas forcément au bureau pour débriefer avec nous (1.340-341) c'est notre gros souci parce qu'on est partout et qu'on a du mal à être assez disponible pour accompagner la mise en place de cette délégation (1.376-378) On manque vraiment aussi de temps de réunion et de collaboration, surtout en ce moment où nos collègues sont sur le SSIAD en permanence parce qu'on manque de personnel (1.436-440) quand elles tournent, elles font SSIAD, ESA, SSIAD, ESA, SSIAD, ESA c'est compliqué parce qu'elles sont en ESA. Parfois, la journée est remplie. Elles n'ont pas le temps de faire la transmission. Elles n'ont pas le temps de préparer la journée du lendemain et le	(1.161-163) La formation d'ASG elle est vraiment très succincte. Nous à la base au service ce sont des aides-soignantes qui font des toilettes, devenues ASG. Donc ça n'a vraiment rien à voir avec l'ESA (1.181-182) On n'a pas énormément de temps en commun en dehors des visites (1.307-311) puis il y a aussi la conduite jusqu'au territoire d'intervention. On a de la neige en hiver, et on a une ASG elle a horreur de conduire sur la neige, donc on regarde où les gens habitent, si ce n'est pas trop isolés. Des fois elles me disent "Oh là je ne le sens pas on est en plein hiver, il va y avoir de la neige ça va être trop galère". (1.318-319) On n'a qu'une seule journée en fait dans la semaine où on est toutes là physiquement en même temps (1.322-323) mais ouais le mieux pour moi, c'est de se voir physiquement c'est sûr (1.370-371) Oui il y en a des limites. Elles ne

		<p>lendemain elles sont au SSIAD. Et quand elles reviennent, bah elles savent plus où elles en sont</p>	<p>sont pas ergos les ASG, et moi je ne suis pas ASG donc forcément on a chacun nos limites (1.384-387) Elles travaillent toujours en plus en même temps hein elles sont qu'à temps partiel sont l'ESA donc elles ont leur autre temps sur le SSIAD. Donc c'était leur demander de s'adapter à deux façons de faire complètement différentes. Pour moi, c'était quand même une limite » (1.399) elles me considèrent un peu comme leur chef. J'ai vraiment du mal avec ça</p>
--	--	---	---

Éléments andragogiques :

Critère	Indicateur	Citations	
		Entretien 1	Entretien 2
Le rôle de formateur dans la théorie de l'andragogie	<p>L'ergothérapeute peut prendre une posture d'andragogue</p> <p>L'ergothérapeute peut prendre le rôle de formateur</p> <p>L'apprentissage aux membres de l'équipe fait partie du rôle de l'ergothérapeute dans la délégation de actes en ESA</p>	<p>(1.479-481) La psychomot nous fait des petites séances de respiration, alors pas de la relaxation psychomot parce que ce n'est pas notre job, mais elle nous montre quelques techniques</p> <p>(1.490-491) je leur montre les nouveaux jeux, on les teste ensemble, on y joue et pareil avec la psychomot</p>	<p>(1.159-160) j'ai pris aussi le temps de les former indirectement aux fonctions cognitives</p> <p>(1.280) Je fais des fiches mémos aussi pour elles, des infos pour la théorie</p> <p>(1.358-359) C'est un peu moi qui étais à l'origine dans l'équipe ces réunions-là</p>
	<p>L'ergothérapeute s'appuie sur différents</p>	<p>(1.335-336) "adaptabilité" parce</p>	<p>(1.223) Je les écoute</p>

	critères de formation et de relation avec l'apprenant en andragogie	<p>qu'il faut vraiment s'adapter, s'adapter à l'un, à l'autre, c'est dans la relation humaine (1.337-338) Rester calme, s'expliquer, que la personne soit en capacité de poser des questions et de s'interroger (1.359-360) il faut que je me mette à la portée de mes collègues et je n'ai pas la science infuse (1.360-363) il faut que j'écoute aussi et que je ne sois pas bornée à me dire "T'façon, je suis ergo, je sais que c'est possible et ça va passer. Si tu n'arrives pas, c'est parce que t'es ASG et que tu ne sais pas faire". Ça demande beaucoup d'humilité aussi de notre côté (1.367) la communication, hyper importante (1.375) travailler ces outils ensemble (1.479) on se forme ensemble (1.493-494) on avait comme objectif aussi sur ces demi-journées, de faire venir des intervenants extérieurs, par exemple, ou de faire des petits stages</p>	<p>(1.329) Un peu moins maintenant parce qu'elles ont déjà des bonnes bases (1.331-332) je me suis adapté aussi à leurs demandes (1.352-353) Je trouvais ça intéressant que ça ne vienne pas que de moi et de ma collègue psychologue mais qu'il y ait un échange aussi entre équipes (1.410-411) en tant qu'ergo je dois m'adapter aux trois profils d'ASG qu'on a</p>
Le profil d'apprenant dans la théorie de l'andragogie	Le besoin de connaître l'objectif de la formation		
	L'ASG participe à l'organisation de sa formation	(1.470-471) elles peuvent venir avec une	(1.331) c'est elles qui étaient demandeuses de certains thèmes

	idée qu'elles ont eu d'activité (1.488-489) de leur côté, quand elles, elles ont quelque chose à nous apporter ou quand elles ont envie de tester quelque chose elles nous le disent	(1.334) De fois c'est elles qui me demandent des trucs
L'ASG se base sur ses propres expériences, son vécu et ses compétences		(1.351-352) pour que les ASG voient, puissent échanger avec les autres ASG des autres équipes sur leur pratique
Il préfère apprendre un sujet dont il a besoin à l'instant présent ou dans un futur proche, ou qui répond à une situation problématique	(1.474-476) Ou alors y'en a une qui peut dire "Ben moi, je suis en difficulté parce que la dernière fois, c'était pour des patients, pour des activités créatives autour de la peinture, je ne sais pas, quand ils ont des troubles moteurs, ce qu'on peut faire". (1.483-487) quand vraiment on aura un objectif de gym, elle ira faire une séance en plus après le modèle de consultation pour cerner quel type de gym et elle leur fera des petites fiches techniques gym active, gym douce, gym relaxation, pour qu'elles sachent exactement comment mener leur programme et qu'elles aient des fiches techniques	(1.184-187) On essaie tous les deux mois de bloquer une demi-journée où soit on parle de cas, de situations ou alors on va prendre un jeu de société, puis essayer de voir toutes les formes d'adaptations, une analyse de jeu. J'ai fait un outil sur le thème de la cuisine. Adapter, modifier toutes ces façons de faire
Demande d'informations contextualisées et en situation	(1.263-265) depuis qu'on a mis en place la méthode COTID quand	

		elles ont un créneau de libre et si ça tombe sur une négociation sur un modèle de consultation, on leur demande de venir avec nous	
	Les critères motivationnels de l'ASG pour la formation : améliorer sa pratique professionnelle, améliorer son accompagnement		
Les objectifs de l'andragogie	L'objectif principal pour l'ergothérapeute est l'autonomisation de l'ASG en situation professionnelle L'objectif pour l'ASG est aussi son autonomisation pour compléter ses compétences en matière d'accompagnant	(1.431-433) On ne veut pas en faire des ergo, mais qu'elles soient un peu plus dans quelque chose de construit et que si elles choisissent du Triomino, elles choisissent parce que ça correspond à ce qu'on veut atteindre comme objectif	(1.160-161) pour qu'elles aient un peu ce côté ergo dans l'adaptation d'activité, dans la compensation des troubles d'information (1.167-168) elles adaptent vraiment leurs supports, il n'y a plus besoin de moi quoi (1.267-269) les plans de réhabilitation, on les faisait tous pareil, on détaillait même exactement les objectifs et les moyens utilisés. Comment les utiliser, au tout début je détaillais tout pour les ASG par écrit. Et maintenant, avec l'expérience, je le fais beaucoup moins (1.381-382) moi j'ai cherché à ce qu'elles en aient des initiatives

Collaboration interprofessionnelle

Critère	Indicateur	Citations	
		Entretien 1	Entretien 2
Identification d'un situation complexe	La collaboration s'illustre lorsqu'une situation problématique est rencontrée face à une situation, une pathologie ou une technique d'accompagnement et qui nécessite l'expertise d'un autre professionnel	(1.327) C'est pour ça qu'on est vraiment toujours en travail de collaboration (1.375) travailler ces outils ensemble (1.416) leurs difficultés, portent principalement sur le choix des objectifs (1.419-421) leur difficulté aujourd'hui, c'est que nous, on leur demande d'être plus pointues et sur autre chose que juste aller faire une activité et d'être vraiment dans quelque chose de plus gradué (1.577-578) A garder notre rôle, mais aussi à savoir travailler en collaboration avec les autres, correctement. C'est important	
Contexte organisationnel	La collaboration est affectée par des influences organisationnelles et institutionnelles	(1.189-190) Mais ça m'a toujours paru indispensable (1.194-195) la grosse difficulté qu'on a, c'est que nos ASG tournent beaucoup (1.210) manque de temps de coordination (1.226) elles ne nous trouvent pas forcément au bureau pour débriefer avec nous (1.340-341) c'est notre gros souci parce qu'on est partout et qu'on a du mal à être assez	(1.177-179) exemple pour les services d'aide à domicile quand il y a des relais qui se mettent en place pour de la stimulation cognitive ben ça on le fait ensemble (1.181-182) On n'a pas énormément de temps en commun en dehors des visites (1.190-191) C'est deux métiers quand même différents au service d'une même personne

		<p>disponible pour accompagner la mise en place de cette délégation (1.376-378) On manque vraiment aussi de temps de réunion et de collaboration, surtout en ce moment où nos collègues sont sur le SSIAD en permanence parce qu'on manque de personnel (1.436-440) quand elles tournent, elles font SSIAD, ESA, SSIAD, ESA, SSIAD, ESA c'est compliqué parce qu'elles sont en ESA. Parfois, la journée est remplie. Elles n'ont pas le temps de faire la transmission. Elles n'ont pas le temps de préparer la journée du lendemain et le lendemain elles sont au SSIAD. Et quand elles reviennent, bah elles savent plus où elles en sont</p>	
Propriétés individuelles	<p>La collaboration peut être influencée par les relations interpersonnelles La collaboration peut être influencée par les valeurs et conceptions personnelles</p>	<p>(1.188-189) Pour moi, la collaboration avec les ASG ce n'est pas toujours simple (1.226-227) elles n'osent pas dire qu'elles ont été en difficulté (1.232) elles n'osent pas nous interpeller (1.246) c'est compliqué pour elles d'accepter (1.257-258) Ce n'est pas toujours simple, c'est parfois mal vécu par mes collègues</p>	<p>(1.190) ben c'est l'intérêt d'une équipe (1.245-246 C'est faire faire confiance (1.294) on se connaît, on sait les affinités (1.378-379) Elles n'ont pas vraiment de prise d'initiative (1.392-393) mais elle n'ose pas parce qu'elle n'a jamais trop eu l'habitude (1.394-395) On n'a pas la même sensibilité par rapport aux métiers, à la relation et</p>

		<p>(1.295) ça s'améliore et qu'on arrive à se faire plus confiance aussi (1.303-304) Et ça ne se passe pas sans heurt. Bien qu'on se connaisse bien, qu'on s'entende bien</p> <p>(1.341-342) La confiance elle est hyper importante</p> <p>(1.354-355) il faut être dans une relation de confiance, de disponibilité émotionnelle aussi</p> <p>(1.554) j'ai toujours été pro équipe pluridisciplinaire</p>	<p>puis le même positionnement dans la hiérarchie (1.457-458) ce n'est pas si évident de les convaincre</p>
Interdisciplinarité	<p>Il y a un transfert de concepts de l'ergothérapeute à l'ASG et/ou inversement</p>	<p>(1.431-433) On ne veut pas en faire des ergo, mais que vous soyez un peu plus dans quelque chose de construit et que si vous choisissiez du Triomino, vous choisissiez parce que ça correspond à ce qu'on veut atteindre comme objectif</p> <p>(1.479) on se forme ensemble</p>	<p>(1.157-158) les ASG, notamment une, pourrait passer son diplôme d'état d'ergo (1.179-180) on confronte notre point de vue sur la situation. Sur les capacités des personnes. Comment se déroulent les activités. Donc c'est vraiment des échanges assez riches entre moi et les ASG quand on se croise</p> <p>(1.397-398) pour moi dans l'équipe, je les considère vraiment comme mon égal</p> <p>(1.445-446) la fiche relais reflète vraiment notre avis à toutes les deux sur la situation</p>

ANNEXE XII : Formulaire de consentement pour les entretiens



Formulaire de **consentement** pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : _____
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant ANDRE Mathis en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

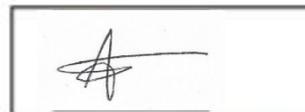
Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :



Personne consentante



Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : _____
Lieu de signature

Date : _____
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est à conserver par les deux personnes concernées.



Institut de Formation en Ergothérapie
de Toulouse

Développement du programme COTID (Community Occupational Therapy In Older people with Dementia) en France : La délégation dans une équipe pluridisciplinaire, l'ESA (Equipe spécialisée Alzheimer)

Development of the COTID program (Community Occupational Therapy In Older people with Dementia) in France: Delegation within a multidisciplinary team, the ESA (Specialist Alzheimer's team)

RESUMÉ

Introduction : Le programme COTID est un programme d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dont l'objectif est leur maintien à domicile en incluant l'aidant principal. Il est théoriquement réalisé par l'ergothérapeute sur une quinzaine de séances. Cependant, en France, les équipes spécialisées Alzheimer participent à ce maintien à domicile, également sur une quinzaine de séances mais à partager entre les différents professionnels membres de l'équipe. La mise en place du programme est donc impossible sans adaptations. L'une de ces adaptations peut être la délégation des actes de l'ergothérapeute vers un autre professionnel de l'équipe : l'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG).

Objectif : L'objectif de cette étude est d'identifier les déterminants de la délégation entre l'ergothérapeute et l'ASG.

Méthode : Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes exerçant en équipe spécialisée Alzheimer intégrant le programme COTID à leur pratique. C'est à l'aide de matrices basées sur nos apports théoriques, complétées d'une analyse logicielle par Iramuteq® que nous avons étudié ces entretiens.

Résultats : Nous avons pu déterminer que l'ergothérapeute s'appuie sur les concepts de team management dans son rôle de coordinateur d'équipe et la prise en compte des influences structurelles. Il peut aussi prendre le rôle d'andragogue pour apporter son expertise aux ASG. Nous identifions enfin des facteurs de collaboration interprofessionnelle.

Conclusion : La délégation est donc une adaptation viable pour l'intégration du programme COTID en ESA, bien que des limites soient constatées.

Mots clés : Ergothérapie – Collaboration interdisciplinaire – COTID – ESA – Délégation – ASG

ABSTRACT

Introduction: The COTID program is a support program for people with Alzheimer's disease, the objective of which is to keep them at home by including the primary caregiver. It is theoretically performed by the occupational therapist over about fifteen sessions. However, in France, specialist Alzheimer's teams participate in home care, also over fifteen sessions but to be shared between the various professionals who are members of the team. The implementation of the program is therefore impossible without adaptations. One of these adaptations can be the delegation of the occupational therapist's actions to another professional in the team: the gerontological assistant (ASG in french).

Objective: The purpose of this study is to identify the determinants of delegation between the occupational therapist and the ASG.

Method: Semi-structured interviews were carried out with occupational therapists working in Alzheimer's specialized teams and integrating the COTID program into their practice. And theoretical matrixes were used with Iramuteq® software to analyse the interviews.

Results: We were able to determine that the occupational therapist relies on team management concepts in his role as team coordinator and in taking into account structural influences. He can also take an educational role to bring his expertise to the ASGs. Finally, we identify factors of interprofessional collaboration.

Conclusion: Delegation is a viable adaptation for the integration of the COTID program into ESA, although limitations are observed.

Keywords: Occupational therapy – Interdisciplinary collaboration – COTID – ESA – Delegation – ASG