



Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE L'IFPVPS  
– HYERES

# L'apprentissage expérientiel en ergothérapie : Une collaboration avec l'aide-soignant pour le maintien de l'activité toilette du résident en EHPAD

Présenté par :

Océane TOILLIEZ

---

*Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat en  
Ergothérapie : unités d'enseignements de recherche*

*Promotion 2015-2018*

**Juin 2018**

*Référent professionnel : Mme Fabienne PETIT*

*Référent pédagogique : Mme Marie-Charlotte BRANCHET*

---



*Un grand merci ...*

*A Fabienne Petit, pour ses remarques, conseils et encouragements tout au long de cette année.*

*A Marie-Charlotte Branchet, ma référente méthodologique, pour ses conseils et son investissement dans mon travail d'initiation à la recherche. Un merci également à l'équipe pédagogique et notamment à Mme Terrien, pour m'avoir tant appris durant ma formation.*

*Aux professionnels, pour avoir partagé leurs précieuses expériences.*

*A mes collègues de promotion pour leurs avis critiques. Particulièrement à Sophie, pour son écoute, son soutien dans les moments de doutes et sa disponibilité sans faille, sans qui ses trois années n'auraient pas été si belles.*

*A ma famille, sans qui rien n'aurait été possible. Enfin, à Nicolas, pour sa patience, et son soutien tout au long de ce travail de longue haleine.*



## Sommaire

1.	Introduction.....	1
2.	Phase exploratoire.....	3
2.1	Le vieillissement.....	3
2.1.1	La personne âgée.....	3
2.1.2	La fragilité.....	3
2.1.3	Le déclin fonctionnel.....	4
2.1.4	La déprise des activités.....	5
2.1.5	Le rôle de l'ergothérapeute.....	5
2.2	Les Etablissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes.....	6
2.2.1	Du domicile à l'EHPAD.....	6
2.2.2	Les conséquences de l'entrée en EHPAD pour le résident.....	7
2.2.3	Les soignants et les contraintes institutionnelles.....	8
2.3	Les soins personnels en EHPAD.....	9
2.3.1	L'activité signifiante.....	9
2.3.2	Le rôle de l'ergothérapeute.....	10
3.	Vers la question centrale.....	11
4.	Phase théorique.....	12
4.1	De la question centrale à la recherche de théories.....	12
4.2	L'apprentissage expérientiel.....	12
4.2.1	Modèle action-recherche et formation de Lewin (1946).....	12
4.2.2	L'apprentissage expérientiel selon Dewey (1938).....	13
4.2.3	L'apprentissage expérientiel selon Kolb (1984).....	13
4.2.1	Modèle éducatif de la pratique ergothérapique.....	15
4.2.2	L'intérêt et le lien avec la question de recherche.....	16
4.3	La collaboration entre ergothérapeute et aide-soignant en EHPAD.....	16
4.3.1	Définition de la collaboration interprofessionnelle.....	16

4.3.2	Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle .....	17
4.3.3	L'intérêt et le lien avec la question de recherche : .....	19
5.	Reformulation de la question centrale .....	19
6.	Formulation de l'hypothèse .....	20
7.	Mise en place d'une expérimentation .....	20
7.1	Objectifs de l'expérimentation .....	20
7.2	Choix de la population à l'étude .....	21
7.3	Technique d'échantillonnage .....	21
7.4	Le devis de recherche .....	22
7.4.1	Choix de la méthode .....	22
7.4.2	Choix de l'outil .....	22
7.5	Conception de l'entretien semi-directif .....	23
7.5.1	Construction de la matrice théorique .....	23
7.5.2	Indicateurs et indices de la variable indépendante .....	24
7.5.3	Construction de l'entretien .....	24
7.5.4	Validation de l'outil .....	26
7.5.5	Passations des entretiens .....	26
7.5.6	Techniques de codage .....	27
7.6	Présentation des résultats .....	27
7.6.1	Présentation des participants à l'étude .....	27
7.6.2	Présentation des résultats du premier binôme .....	28
7.6.3	Présentation des résultats du second binôme .....	29
7.6.4	Présentation des entretiens du troisième binôme .....	30
8.	Discussion .....	31
8.1	Analyse des résultats .....	31
8.2	Analyse de la méthode expérimentale .....	33
8.3	Analyse du travail d'initiation à la recherche .....	34

8.4 Perspectives et débouchés : .....	35
9. Conclusion et perspectives éthiques .....	35
Bibliographie .....	37
Annexes	
Abstract	





## 1. Introduction

En France, la population âgée est en constante augmentation. A l'heure où l'on parle de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération issue du baby-boom, ce public est au centre des préoccupations. Nous parlons alors d'un enjeu de santé publique. Les politiques sociales encouragent le maintien à domicile des personnes âgées en créant en 2001, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Par la suite, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale intègre dans son champ les services d'aide à domicile. Lorsque le maintien à domicile n'est plus permis, notamment par l'installation de la dépendance, les personnes âgées intègrent des institutions. Foyers-logements, unités de soins longue durée, maisons de retraite, Etablissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), sont autant de lieux proposés à la personne vieillissante. Ce dernier représente selon l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, 2017), 70% des institutions habitées par le public âgé. En effet, le nombre de places dans ces institutions a augmenté de 11 % cette dernière décennie, notamment grâce au plan national français de Santé Publique : Solidarité grand-âge. Nous assistons d'ailleurs à la création de nouvelles professions en lien avec cette population comme les Assistants de Soins en Gériatrie. Nous présentons une situation personnelle et professionnelle source de questionnement quant à la qualité de vie des résidents.

Nous avons travaillé, conjointement à nos études, en tant qu'Agent de Service Hospitalier (ASH) dans un EHPAD. Bien que l'ergothérapie se développe au sein de ces structures, comptant en 2015, 14.71% des diplômés d'état (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), l'EHPAD dans lequel nous travaillions en était démunie. Durant cette expérience, avec notre vision d'étudiante ergothérapeute, nous avons pu découvrir, sur le long terme, les contextes de vie des résidents ainsi que les conditions de travail des soignants. C'est de là, qu'un large questionnement est né. Comment le résident fait face au deuil de son habitat et de son indépendance, lorsqu'il entre en institution ? Comment le personnel soignant concilie les obligations institutionnelles et la qualité de vie des personnes ? En quoi la diminution, voir l'abandon des habitudes de vie a-t-il un impact sur les composantes physiques et psychiques de la personne vieillissante ? Ce sont autant de questions, qui ont motivé notre recherche. L'ergothérapeute, par son accompagnement holistique, a pour missions de prévenir, réduire ou supprimer les difficultés de la personne tout en tenant compte de ses habitudes de vie et de son environnement. De plus, une des compétences liées à cette profession concerne la formation et l'information notamment auprès des équipes pluridisciplinaires. Ainsi, l'ergothérapie apparaît

comme une profession pouvant apporter des pistes de lecture aux difficultés de chacun. Notre cheminement nous a amenés à explorer la dimension temporelle des contraintes institutionnelles provoquant le « faire à la place de » des aides-soignants notamment lors des soins de nursing. Un paradoxe apparaît entre les répercussions de ces contraintes sur le résident et le maintien de son autonomie, objectif commun entre l'aide-soignant et l'ergothérapeute. Cette problématique est également ressortie lors de nos stages avec le public âgé. Afin de répondre à ce questionnement, nous suivons une démarche hypothético-déductive. L'étude de théories comme la collaboration interprofessionnelle applicable à l'ergothérapeute et l'aide-soignant est apparue primordiale pour étayer notre question de recherche. Aussi, l'intérêt d'une pédagogie basée sur l'expérience du résident a également émergé de ce travail. Les recherches scientifiques de notre cadre pratique et théorique nous ont permis d'illustrer notre cheminement afin d'aboutir à une hypothèse. S'en suit la création d'un dispositif de recherche permettant d'éclairer celle-ci et nous offre de nouvelles perspectives transférables à notre future pratique ergothérapeutique.

## 2. Phase exploratoire

### 2.1 Le vieillissement

#### 2.1.1 La personne âgée

Le vieillissement de la population représente un enjeu majeur en France, tant sur le plan culturel, social, médical que sur le plan économique, selon l'ANFE (2011). En effet, au 1<sup>er</sup> janvier 2016 les personnes âgées représentent 25,1 % de la population française d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE, 2016). Ceci s'explique notamment par l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès médicaux ainsi que le vieillissement de la population issue du baby-boom, c'est-à-dire les personnes nées entre 1945 et 1975.

Une personne est dite « âgée » lorsqu'elle atteint l'âge de 60 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018). Cette limite d'âge permet d'avoir un repère administratif notamment pour l'attribution d'aides telles que l'APA, évoquée dans notre introduction. Cependant, cette limite d'âge fait débat de stigmatisation auprès de l'OMS : « Certains possèdent, à 80 ans des capacités physiques et mentales comparables à nombre de personnes dans la vingtaine. D'autres les voient décliner fortement alors qu'ils sont bien plus jeunes ». C'est ainsi que selon les ergothérapeutes Kalfat et Sauzéon (2009), le vieillissement peut se diviser en trois catégories. La première correspond au vieillissement pathologique avec des atteintes sévères évolutives entraînant un état de dépendance majeure. La seconde est le vieillissement réussi sans pathologie avec une atteinte minime ou non des fonctions physiologiques. Enfin, le vieillissement habituel sans pathologie définie, mais avec des atteintes de certaines fonctions physiologiques liées à l'effet de l'âge. Cependant, la frontière entre le pathologique et le non pathologique est très fine, ce qui nous amène à la notion de fragilité.

#### 2.1.2 La fragilité

La fragilité peut se concevoir comme un intermédiaire entre le vieillissement pathologique et non pathologique, cela touche entre 30 et 40 % des plus de 60 ans (Vellas, 2015). Les modifications physiques et physiologiques liées à l'âge peuvent amener la personne âgée à être qualifiée de « fragile ». Le terme « frail elderly » est ainsi utilisé dans la littérature gériatrique depuis les années 1980. Le syndrome de fragilité est caractérisé chez la personne âgée par une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant ainsi les mécanismes d'adaptation au stress (Nouvel, 2015 ; Shearer & Guthrie, 2013). Plusieurs auteurs définissent cinq critères

permettant de dépister la fragilité : la perte de poids, la vitesse de marche, la faible endurance, la fatigue ainsi que la réduction des activités physiques au cours de la dernière année (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, et Rockwood, 2013 ; Vellas, 2015). Malgré le consensus de définition et des critères de la fragilité, Dramé et al. (2004) stipulent que cet état est un concept multidimensionnel avec une interaction de facteurs. D'abord, les facteurs peuvent être physiques. Ils se caractérisent par une baisse de l'agilité, de la mobilité ainsi que du tonus musculaire, ce qui est responsable notamment de la chute du sujet âgé. Ensuite, il existe des facteurs neuropsychologiques qui se traduisent par une baisse de l'attention, des pertes de mémoire ainsi que de l'estime de soi, menant parfois à la confusion ou encore à la démence. Aussi, nous retrouvons des facteurs sociaux caractérisés par une détérioration du tissu social entraînant progressivement un repli sur soi. Enfin, les derniers facteurs possibles sont environnementaux, ils s'illustrent par la baisse du niveau de vie ou encore un environnement physique et social peu stimulant, favorisant ainsi l'état de fragilité. La phase précédant la fragilisation peut être longue sans montrer de manifestation au niveau fonctionnel. C'est pourquoi, la prévention de cet état représente un enjeu majeur pour les professionnels intervenant auprès de cette population. Cependant, la prévention ne suffit pas, à elle seule, pour limiter l'installation de cet état qui entraîne des répercussions sur les activités de la vie quotidienne (AVQ). Les conséquences de la fragilité sur les AVQ de la personne sont définies par le concept de déclin fonctionnel.

### 2.1.3 Le déclin fonctionnel

Le déclin fonctionnel est un processus dynamique qui est étroitement lié à la fragilité, où se mêlent les facteurs physiques, médicaux, psychologiques, et socio-environnementaux. Il correspond à l'apparition d'incapacités à réaliser ses activités (Bossaert, 2007). On distingue les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales. L'apparition du déclin fonctionnel mène à l'état de dépendance. Ce terme est défini « comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. » (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000) Afin de déceler le processus fragilité-déclin-dépendance, il existe une évaluation appelée Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS). Celle-ci se veut multidimensionnelle et nécessite une collaboration interdisciplinaire. En effet, l'identification de problèmes médicaux, d'incapacités psychosociales et fonctionnelles permet d'orienter une prise en soin de longue durée basée sur les besoins des personnes âgées. Cette évaluation est découpée en plusieurs domaines : nutrition, évaluation fonctionnelle, mobilité, fonction

cognitive, troubles sensoriels, polymédication et enfin facteurs et ressources socio-environnementales. Parmi les professionnels intervenants lors de cette évaluation, les ergothérapeutes jouent un rôle primordial que nous étudierons par la suite. En amont, nous souhaitons approfondir l'impact du vieillissement sur les activités qui se conceptualise sous les termes de déprise des activités.

#### 2.1.4 La déprise des activités

La déprise des activités désigne le processus de réorganisation des activités qui se produit face à la diminution de l'état de santé avec l'avancée en âge. Caradec (2007), est un sociologue qui définit ce concept comme dual, c'est-à-dire englobant à la fois la tendance à la baisse des activités dans l'avancée en âge et les stratégies de reconversions utilisées pour y faire face. En effet, il existe de multiples déclencheurs de la déprise. D'une part, les problèmes de santé résultant de la physiologie, mais aussi en rapport avec l'environnement et l'amointrissement de l'énergie vitale, qui sont également des facteurs de fragilité, représentent des déclencheurs d'une éventuelle déprise. D'autre part, la raréfaction des opportunités d'engagement, la diminution des interactions avec autrui et enfin, la prise de conscience de sa proche finitude constituent d'autres déclencheurs importants. Pour cela, les personnes âgées se voient utiliser des stratégies de reconversion des activités. Caradec (2007) en définit trois : l'adaptation, l'abandon et le rebond. L'adaptation consiste à poursuivre son activité en utilisant des aides-techniques (AT), des appareils mieux adaptés ou encore en utilisant diverses astuces afin de s'adapter aux contraintes nouvelles. La stratégie de l'abandon quant à elle peut se concevoir sous diverses formes. L'abandon-substitution correspond à remplacer une activité par une autre en restant dans le même registre. L'abandon-sélection est envisagé lorsque les tâches de l'activité sont exhaustives et que la personne n'effectue plus que certaines tâches. Enfin, l'abandon-renoncement correspond au délaissement total de l'activité. Pour finir, le rebond est le contraire même de l'abandon. Il s'agit pour la personne de renouer avec une activité délaissée, à s'engager dans une activité nouvelle ou encore à accroître son investissement dans une activité déjà pratiquée (Caradec, 2007). Dans chacune de ces phases, l'ergothérapeute, expert de l'activité, peut accompagner la personne âgée.

#### 2.1.5 Le rôle de l'ergothérapeute

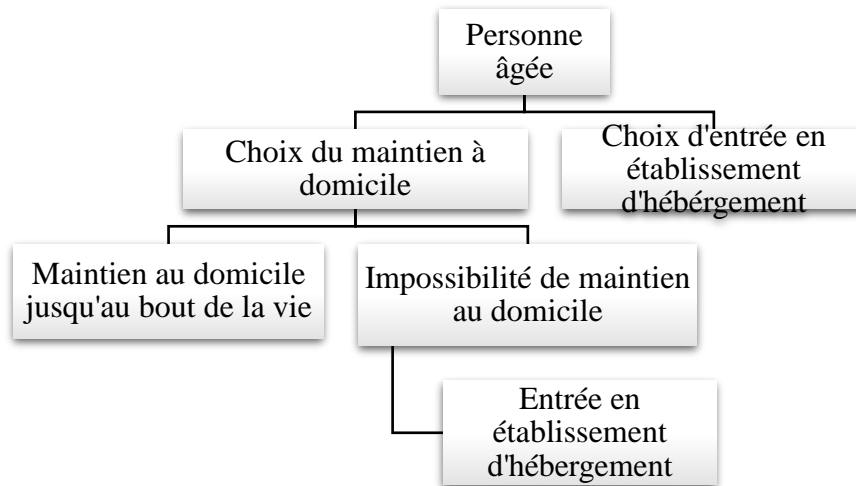
La personne âgée se voit donc lors du processus de vieillissement confrontée à une déprise des activités, souvent due au déclin fonctionnel. Celui-ci se rapporte à l'incapacité de réaliser ses activités de la vie quotidienne de manière indépendante. L'activité pour les ergothérapeutes

est un facteur déterminant de la santé, cela implique le maintien des capacités physiques et ainsi, de prévenir le maintien dans l'activité. L'association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG, 2003) publie une fiche de poste spécifique à la profession. Cette fiche présente que l'ergothérapeute œuvre pour le maintien de l'autonomie et de l'indépendance des personnes âgées grâce à des interventions rééducatives, ré adaptatives et préventives visant le bien-être et la sécurité de la personne en gériatrie. De plus, l'ergothérapeute par son expertise concernant l'activité, va jouer deux rôles dans l'accompagnement du déclin fonctionnel (Bossaert, 2007). D'une part, il intervient sur la sensibilisation concernant la rapidité et les conséquences de ce déclin auprès de l'entourage et de l'équipe pluridisciplinaire. D'autre part, il évalue à plusieurs reprises les capacités et incapacités dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne et instrumentale afin de réaliser un plan d'intervention adapté à la personne. Nous concluons cette sous-partie sur le constat de Montovani, Rolland et Andrieu (2007), qui démontre les obstacles du déclin fonctionnel quant au maintien à domicile de la personne âgée.

## 2.2 Les Etablissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes

### 2.2.1 Du domicile à l'EHPAD

Dans un premier temps, le maintien au domicile est permis grâce à l'aidant familial. Seulement, Bocquet et Andrieu (1999) exposent que l'aidant familial ressent une charge ou « fardeau » correspondant à l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible par atteinte d'une ou des conséquences précédentes, l'institutionnalisation est donc envisagée. Pour autant, l'entrée en EHPAD ne relève pas toujours du choix de la personne selon une enquête menée par Montovani et al. (2007). En effet, dans 32 % des cas seulement, la personne âgée participe à la prise de décision. 61% des décisions d'entrée en EHPAD sont prises uniquement par l'entourage familial et professionnel. Ceci est appuyé par les propos de Deliot et Casagrande (2006) affirmant que : « L'évènement de s'installer en maison de retraite, d'y vivre jusqu'à la fin de sa vie de façon irréversible, définitive est rarement le fait de la réalisation d'un projet, où l'avènement du processus de la décision, mais la plupart du temps l'œuvre de la nécessité, la force de l'obligation. L'entrée en maison de retraite advient comme un non choix ». En 2007, le sociologue Ennuyer reprend ainsi le cheminement de lieux de vie de la personne âgée que nous pouvons schématiser de la manière suivante :



Notons que le nombre d'entrée en EHPAD s'est accru à hauteur de 35 000 nouveaux résidents entre 2011 et 2015 selon l'enquête DREES (2017). Le vieillissement de la population expliqué dans la toute première partie de notre état des lieux justifie ce besoin grandissant de structures d'accueil de la personne âgée. C'est ainsi que nous continuons notre recherche sur les conséquences de cette institutionnalisation pour le résident.

### 2.2.2 Les conséquences de l'entrée en EHPAD pour le résident

Pour la personne vieillissante, quitter son habitat revient à briser un lien inconscient et intime, qui reflète sa propre identité selon Trachman (2016). L'entrée en institution provoque ainsi des bouleversements tels que la rupture avec l'environnement habituel comme le domicile, le voisinage, les relations sociales et les habitudes de vies, mais cela implique aussi un apprentissage de la vie en collectivité (Neyret-Chompre, 2002). Le deuil de son habitat ainsi que l'adaptation au nouveau lieu de vie sont donc nécessaires pour se familiariser avec celui-ci. En janvier 2012, l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux) publie en ce sens, une recommandation des bonnes pratiques professionnelles sur la qualité de vie en EHPAD. La qualité de vie est définie par l'OMS (1993), comme « 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 ». Un des objectifs de la recommandation de l'ANESM (2012) est de redéfinir le rôle des soignants dans l'accompagnement de la transition d'habitat notamment en offrant au résident la possibilité de créer, de maintenir ou de renouer leurs relations sociales. La place du soignant est appuyée par la loi du 2 janvier 2002, garant du droit des usagers, qui renoue l'action sociale et médico-sociale en énonçant sept droits fondamentaux. L'un d'eux concerne l'accompagnement individualisé de qualité. L'outil utilisé

est le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), il est élaboré de manière consensuelle en amont de l'entrée en établissement. Le PAP permet une prise en compte des habitudes de vies, des besoins, des envies et des centres d'intérêts de la personne âgée. L'outil aide également les soignants à acquérir une méthode et à mettre en œuvre une démarche éthique afin de proposer un accompagnement à la fois pluridimensionnel et individualisé (Thomas, Hazif-Thomas, & Thomas, 2015). Il n'est cependant pas rare comme le souligne Trépied (2016), que malgré les actions mises en place, les personnes âgées ressentent un sentiment de solitude, d'abandon et/ou de déshumanisation de la part des soignants. Le psychogériatre Personne (2012), ajoute que « Dès lors que la personne âgée intègre des structures collectives qui témoignent de son incapacité provisoire ou définitive, elle est amenée à subir des situations où le respect de son individualité est menacé ». Il existe ici, un écart entre les théories d'accueil et la réalité du terrain, nous poussant à explorer davantage le ressenti des soignants travaillant en EHPAD.

### 2.2.3 Les soignants et les contraintes institutionnelles

Le travail des soignants en EHPAD, dépend directement du public qui y est accueilli. Seulement, ces dernières années, nous assistons à une évolution de celui-ci. L'enquête DREES (2016) révèle un niveau de dépendance accru en quelques années. En effet, ce dernier est évalué grâce à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources). Cette grille, disponible en annexe 1, regroupe dix activités corporelles et mentales dites discriminantes et 7 activités domestiques dites illustratives. Seules les activités discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR dont relève la personne. Cette grille nationale a pour but de déterminer l'éligibilité à l'allocation APA et d'autre part le niveau d'aide requis pour les activités de la vie quotidienne. Il existe six GIR différents, le premier correspond au niveau de dépendance le plus élevé, tandis qu'une personne se trouvant dans le GIR 6 est indépendante pour les actes essentiels de la vie courante. Il s'avère qu'en EHPAD, entre 2007 et 2011, la part des GIR 1-4 est passée de 84 à 89 %, et que celle des GIR 1-2 est passée de 51 à 55 %. Cette augmentation générale du niveau de dépendance influe directement sur l'exercice des soignants. En effet, ces professionnels et particulièrement les aides-soignants, expriment un alourdissement de leur charge de travail. Bien que l'accompagnement des personnes âgées dans les gestes de la vie courante soit au cœur du métier de l'aide-soignant, les missions se concentrent à présent sur des tâches de nursing et d'hygiène au détriment de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des capacités. Dans cette optique, Raybois (2014), affirme que les aides-soignants en EHPAD sont tiraillés entre deux objectifs de leurs activités : « la priorité c'est toujours le résident » et « le temps c'est la priorité ». Il soulève une contrainte institutionnelle qu'est la



temporalité. D'un côté, apparaît le projet individualisé mettant un point d'honneur sur la qualité de vie du résident, de l'autre apparaît celui des contraintes de l'établissement n'offrant pas les moyens nécessaires à l'équipe soignante d'aller dans ce sens. Raybois (2014) soulève ainsi le questionnement suivant : « Est-il possible, en effet de prendre du temps auprès d'un résident lorsque la nécessité de respecter l'horaire impose de « faire vite » ? » De plus, selon l'enquête DREES (2016), « les professionnels se sentent eux aussi coupables dans la mesure où ils ont le sentiment d'être susceptibles de contribuer, par mauvaise organisation personnelle (qu'elle soit réelle ou ressentie), par efficacité insuffisante ou par attention restreinte, à la dégradation de l'autonomie du résident ». En effet, selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (2005), l'aide-soignant contribue au bien-être des malades, en les accompagnant dans tous les gestes de la vie quotidienne et en aidant au maintien de leur autonomie. La première compétence issue du référentiel du diplôme d'état s'intitule : accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie. Nous retrouvons ici, des principes communs entre les professions d'aides-soignants et d'ergothérapeutes : la réalisation des activités de la vie quotidienne, le maintien de l'autonomie et le bien-être de la personne. Nous poursuivons ainsi notre recherche sur ces objectifs communs lors des différentes activités de la personne.

## 2.3 Les soins personnels en EHPAD

### 2.3.1 L'activité signifiante

Nous avons vu précédemment que les soins de nursing sont aujourd'hui une des principales missions des aides-soignants en EHPAD. C'est ainsi que nous sommes amenés à réfléchir sur le rôle précis de ces professionnels dans ce type de soins. Pour répondre à ce questionnement, nous nous appuyons sur l'écrit d'Henderson (1994). Celle-ci décrit une liste ordonnée de concepts définissant l'autonomie des individus sur les plans physiques, psychologiques et sociaux. Elle définit pour cela, quatorze besoins fondamentaux. Afin d'explicitier sa théorie du soin, l'auteur exprime que toute personne tend et désire son indépendance. Selon elle, si l'un des quatorze besoins fondamentaux n'est pas assouvi, cela affecte la personne dans son intégrité et fait d'elle un être moins complet. L'un d'eux se nomme « tenir son corps propre et sa mise soignée, protéger son épiderme ». Henderson (1994) décrit ainsi que la finalité du besoin correspond à la nécessité de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être pour la personne. C'est ainsi que lors d'un entretien avec un ergothérapeute, dans

le cadre de notre recherche exploratoire, celui-ci catégorise deux types de discours des résidents : « l'aide-soignant est payé pour me faire ma toilette, je ne vais pas me fatiguer » L58-59 et « j'aimerais réaliser ma toilette avec le moins d'aide possible » L61-62. L'entretien figure en annexe 2. Mallon en 2005, affirme à ce propos que pour certaines personnes âgées « continuer à faire sa toilette seule, même partiellement, devient essentiel ».

Nous venons de démontrer, d'une part, que l'activité toilette est une activité signifiante et essentielle au quotidien de la personne âgée en EHPAD. D'autre part, elle est souvent mise à mal par les contraintes institutionnelles. La toilette est une activité de la vie quotidienne pour laquelle l'ergothérapeute intervient, cela nous amène à questionner le rôle de celui-ci dans cette problématique.

### 2.3.2 Le rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute a toute sa place dans les soins personnels, étant l'un des trois domaines d'activités avec la productivité et les loisirs. En ce sens, Trouvé, en 2008, énonce qu'« au domicile comme en institution, la toilette est un moment de la vie quotidienne pour lequel l'ergothérapeute va chercher à apporter des solutions soit pour préserver l'autonomie de la personne, soit pour faciliter l'intervention d'un aidant familial ou professionnel ». Cette activité lorsqu'elle est menée par l'ergothérapeute, s'inscrit dans le processus d'intervention. Pour pouvoir évaluer les capacités et incapacités de la personne lors de la réalisation de sa toilette, l'ergothérapeute réalise en amont une analyse d'activité et doit avoir en tête les prérequis nécessaires pour la réalisation de celle-ci. L'analyse d'activité débute par une analyse structurale, que Moles (1977) cité par Meyer en 1990, définit comme l'énumération de la succession des opérations à réaliser pour effectuer l'activité avec succès. Selon Billaud et Boilat en 2016, les opérations de cette activité sont : ressentir le besoin de se laver, se déplacer jusqu'à la salle de bain, se dévêtir, s'installer dans la douche ou devant le lavabo, se laver ainsi que se sécher. Par la suite, Meyer (1990), expose qu'une analyse fonctionnelle est réalisée. Celle-ci doit permettre de cibler les fonctions qui peuvent être améliorées par l'activité. En ce sens, Billaud et Boilat (2016) définissent les prérequis physiologiques, sensoriels ainsi que cognitifs. Au niveau physiologique, réaliser sa toilette demande à la personne d'opérer des ajustements posturaux, avoir des réactions d'équilibre en position debout et assise, de dissocier les différentes parties de son corps et de les coordonner entre elles pour aboutir aux buts souhaités, de solliciter une certaine force musculaire, de mobiliser ses membres dans certaines amplitudes articulaire mais encore de produire des prises variées en fonction des objets à manipuler.

Concernant le versant sensoriel, réaliser sa toilette nécessite la sensibilité tant superficielle que profonde, des fonctions vestibulaires ainsi que la vision. Enfin, au niveau cognitif et perceptivo-moteur, cette activité nécessite de l'attention, de la concentration, de la mémoire, des fonctions exécutives, des praxies et gnosies, de la planification, la programmation des gestes et également de l'orientation spatio-temporelle. C'est à l'aide de cet outil d'analyse, que l'ergothérapeute peut évaluer les capacités et incapacités de la personne. Se pose alors la question de la posture de l'ergothérapeute lors de l'activité. En effet, de quelle manière est vécue cette évaluation lorsque l'ergothérapeute entre dans une telle intimité avec le résident lors de cette mise en situation évaluative ? Selon Richou (2008), cela peut générer un sentiment de peur d'être jugé par le soignant ou peur de n'être pas à la hauteur. Ainsi, il met l'accent sur l'importance de la relation thérapeutique. Cette mise en situation apparaît essentielle pour l'ergothérapeute afin d'évaluer les capacités et les besoins de compensations et d'adaptations du résident. En effet, suite à cette évaluation, l'ergothérapeute peut poursuivre son intervention en déterminant les objectifs et moyens à mettre en place afin de conserver l'indépendance de la personne lors de la toilette. Les moyens dont dispose l'ergothérapeute dans cette visée, sont principalement l'apprentissage, soit de l'utilisation d'aides techniques soit de nouvelles stratégies de compensation.

### 3. Vers la question centrale

L'étude de divers textes scientifiques a permis de structurer nos différentes parties, mais aussi d'enrichir notre cheminement vers une question centrale. En effet, partant d'un objet de recherche large qu'est le vieillissement, nous avons découvert le rôle central que joue l'ergothérapeute auprès de ce public, notamment lors du déclin fonctionnel, concept étroitement lié à la fragilité qui touche de plus en plus de personnes vieillissantes. La limitation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne est un facteur favorisant l'entrée en établissement, qui ne relève pas toujours d'un choix consenti de la personne âgée. Elle quitte son habitat et ses habitudes de vies pour rejoindre un milieu institutionnalisé. Nous découvrons que dans ces institutions, persiste une contrainte institutionnelle qu'est la temporalité, favorisant le « faire à la place de », et mettant en péril ce pourquoi les soignants tels que les ergothérapeutes et les aides-soignants œuvrent : le maintien de l'autonomie du résident. C'est lors de l'activité des soins personnels, et plus précisément lors de la toilette que nous nous focalisons. Ce choix se justifie car la toilette touche l'intimité et est une activité que la personne pratique dès son plus jeune âge, elle peut être qualifiée de signifiante pour la personne.

Notre cheminement de pensée, nous amène à poser la question suivante : En EHPAD, en quoi l'intervention de l'ergothérapeute et de l'aide-soignant peut-elle limiter le déclin fonctionnel du résident lors de la réalisation de sa toilette ?

#### 4. Phase théorique

##### 4.1 De la question centrale à la recherche de théories

Afin d'éclairer notre question centrale, il est nécessaire de s'appuyer sur des données probantes. C'est pourquoi nous recherchons des théories scientifiques. Le cadre théorique a pour but de présenter un cadre d'analyse et d'appliquer des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes. Dans un premier temps, nous tentons d'étayer l'intervention ergothérapeutique lors de la toilette qui se résume, comme nous l'avons présenté en amont, à un réapprentissage en fonction de la situation de la personne. Nous débutons donc nos recherches sur les notions de pédagogie et plus précisément sur le modèle pédagogique du constructivisme établi par Piaget en 1964. Ce modèle place le sujet au cœur de l'apprentissage et suppose que le sujet construit sa connaissance au fil d'interactions avec son environnement. Cette théorie repose sur l'hypothèse selon laquelle « en réfléchissant sur l'expérience nous nous construisons et construisons notre propre vision du monde dans lequel nous vivons » (Kerzil, 2009). L'expérience de l'activité doit donc être nécessairement prise en compte par l'ergothérapeute afin de maintenir ou d'améliorer ses capacités à réaliser une activité. C'est ainsi que nous nous intéressons à l'apprentissage expérientiel issu du constructivisme de Piaget.

##### 4.2 L'apprentissage expérientiel

L'apprentissage expérientiel est un modèle d'apprentissage préconisant la participation à des activités se situant dans des contextes les plus rapprochés possible des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à changer (Legendre, 2007). Nous présentons dans cette partie les différents modèles d'apprentissage expérientiels développés par plusieurs psychologues et pédagogues au fil du temps.

###### 4.2.1 Modèle action-recherche et formation de Lewin (1946)

Ce modèle se construit autour de quatre étapes : l'expérience concrète, l'observation et la réflexion, la formation de concepts abstraits et la généralisation ainsi que la mise en situation des nouveaux concepts. Lewin, met l'accent sur deux principes fondamentaux. Le premier correspond à l'expérience « ici et maintenant ». Elle permet de tester et valider les concepts abstraits. Le deuxième principe est « l'action recherche et formation au laboratoire ». Ces deux

principes sont basés sur des processus de rétroaction. Ce dernier terme correspond à un apprentissage social et à un processus de résolution de problèmes qui génèrent des informations valides afin d'évaluer les erreurs quant aux buts fixés. Lewin part du principe qu'un manque de rétroaction peut être à l'origine d'inefficacités personnelles et organisationnelles (Kolb, 1984).

#### 4.2.2 L'apprentissage expérientiel selon Dewey (1938)

Dewey développe l'apprentissage à travers les observations et les réflexions que l'expérience engendre chez une personne. L'observation d'un résultat satisfaisant pour la personne génère des impulsions, émotions et envies d'expériences concrètes à réaliser (Balleux, 2000). Selon lui, l'impulsion de l'expérience donne des idées qui vont mener à l'initiative de la nouvelle expérience. On retrouve des similitudes avec le modèle de Lewin, par l'analyse réflexive. En effet, elle permet d'ajuster ses actions au fur et à mesure des nouvelles expériences. « Le praticien développe ses connaissances non par application de la théorie sur la pratique, mais plutôt par un double processus de réflexion. La réflexion dans l'action et la réflexion sur l'action » (Dewey, 1938 cité dans Balleux, 2000). Dewey met également l'accent sur le rapport entre l'expérience et l'environnement : « Facteur essentiel parce qu'inévitable, l'environnement l'est encore en ce qu'il préluade à la conscience et à la pensée » (Dewey, 1938 cité dans Kolb, 1984). Ce modèle est ainsi centré sur l'apprenant et sur son environnement, afin de créer des nouvelles expériences. Dewey définit à son tour, l'apprentissage expérientiel par deux principes : la continuité et l'interaction. La continuité est représentée par l'apport des expériences passées sur les expériences futures. Selon lui, pour que l'expérience opère, il faut une interaction entre le sujet et son environnement (Balleux, 2000).

#### 4.2.3 L'apprentissage expérientiel selon Kolb (1984)

En 1984, Kolb propose à son tour une définition du concept de l'apprentissage expérientiel. Il définit, pour la première fois, un modèle dont la dynamique est cyclique. Celui-ci se compose de quatre phases : l'expérience concrète, l'observation réflexive, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active.

D'abord, l'expérience concrète consiste à vivre soi-même une situation authentique dans laquelle se pose un problème réel qui permet de stimuler la pensée. Il s'agit de l'étape durant laquelle l'apprenant est impliqué dans une situation concrète qui permet la production d'un vécu multidimensionnel riche et varié, à la fois cognitif (le pensé et le perçu), affectif (le ressenti) et opératoire (le voulu et le fait). L'apprentissage peut porter l'individu sur le monde extérieur

comme apprendre une technique, ou sur l'individu lui-même, comme changer sa perception de soi.

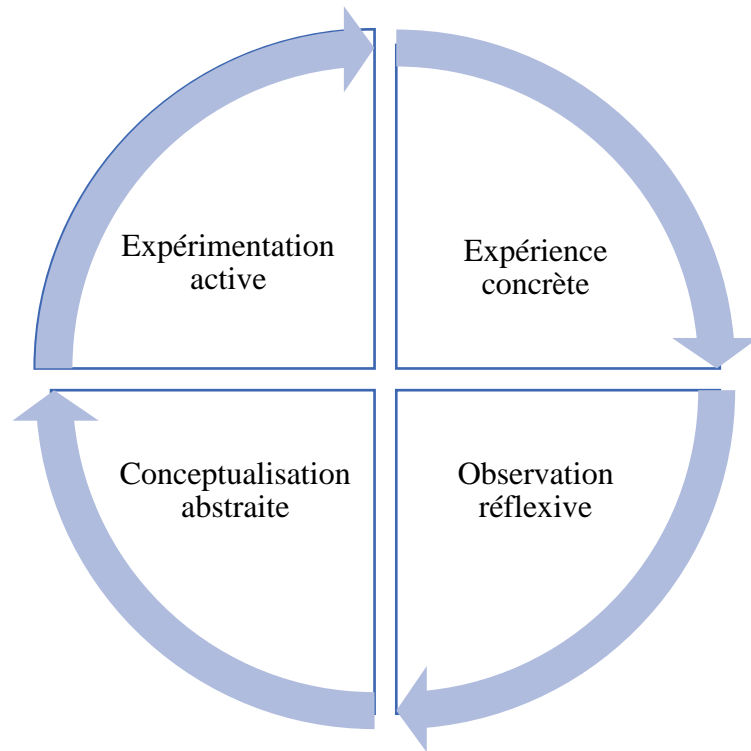
Par la suite, l'observation réflexive consiste à faire des observations sur l'expérience vécue et à réfléchir à leurs significations, en considérant différents points de vue. Elle implique l'objectivation de ce vécu. Ceci permet la production d'observations et de réflexions en relation avec l'expérience concrète que la personne vient de vivre et, parfois, avec d'autres expériences, vécues par elle-même ou par d'autres personnes. Il s'agit ainsi, de réfléchir sur l'expérience pour la comprendre selon diverses perspectives.

La troisième phase est la conceptualisation abstraite. Elle consiste à créer des concepts et à formuler des généralisations qui intègrent nos diverses observations et réflexions. C'est l'étape du cycle durant laquelle l'apprenant, à partir des observations prélevées dans la phase précédente, construit un concept, un principe (ou une règle), une structure (système, modèle, théorie) pouvant s'appliquer à un individu, à un type de situation et à un phénomène. Cela correspond à l'émission d'hypothèses en rapport à la situation problématique.

Pour finir, l'expérimentation active consiste à soumettre nos concepts et nos généralisations au test de la réalité. C'est l'étape du cycle durant laquelle l'apprenant vérifie, en réalisant une nouvelle expérience planifiée, la véracité ou l'applicabilité, des conceptions élaborées dans la phase précédente. C'est au cours de cette dernière phase que le transfert de l'apprentissage peut se réaliser.

Dans ce processus expérientiel selon Kolb, le rôle de l'enseignant n'est plus prestataire d'un enseignement, mais plutôt un facilitateur d'apprentissage. Il a pour rôle d'aménager un environnement propice à l'apprentissage, de choisir les outils adéquats pour stimuler l'émergence de la réflexion et de question. L'apprentissage expérientiel est vu sous la forme d'un processus d'apprentissage. Il reconnaît l'importance des théories du développement normal et les intègre à l'enseignement. Il se centre sur l'activité et son processus, il permet à l'apprenant d'individualiser ses apprentissages en relation avec sa situation particulière (Chevrier & Charbonneau, 2000).

Kolb schématise la dynamique cyclique de ce modèle comme ci-dessous :



L'ensemble des modèles d'apprentissage expérientiels présentés ci-dessus peuvent être utilisés dans toute situation pédagogique, dans le cadre de notre travail d'initiation à la recherche il est utile d'approfondir ses apports dans la pratique ergothérapique.

#### 4.2.1 Modèle éducatif de la pratique ergothérapique

L'Association Canadienne des Ergothérapeutes (1991) cité par Guitard (1996) souligne l'importance du rôle d'éducateur dans la pratique ergothérapique en définissant des principes éducatifs tels que la nécessité de la rétroaction pour l'apprenant, le respect des modes d'apprentissages de la personne ainsi que l'efficacité d'un apprentissage signifiant pour celle-ci. La connaissance de ses principes n'est pas suffisante selon Tremblay et Chevrier (1993). Il stipule la nécessité de concrétiser un modèle éducatif afin d'encadrer la dimension d'apprentissage ergothérapique. Ainsi, il propose de définir cette approche en sept étapes. La première étape est la planification de l'activité, elle permet de cibler les activités signifiantes de la personne et de recueillir l'accord du patient. La seconde étape est l'introduction, elle consiste à présenter et proposer l'expérience et les activités liées à la personne. La troisième correspond à la réalisation de l'expérience. La quatrième est la publication et le traitement des données guidés par l'ergothérapeute. Ensuite vient la généralisation des observations et

l'application des conclusions dans les situations vécues ultérieurement. Enfin, la dernière étape est l'évaluation de l'intervention éducative.

Ces étapes, appliquées à la pratique ergothérapeutique, se confondent de manière évidente avec le cycle dynamique de Kolb.

#### 4.2.2 L'intérêt et le lien avec la question de recherche :

La théorie de l'apprentissage expérientiel nous apporte des précisions quant à l'importance de l'expérience dans la pratique ergothérapeutique. En effet, lorsque le thérapeute effectue une mise en situation de la toilette du résident, qu'elle soit évaluative ou éducative, ce dernier doit se situer au centre de l'activité. L'ergothérapeute doit prendre en compte et respecter les normes et valeurs tant sociales que culturelles du résident afin d'utiliser au mieux son expérience. Les échanges qui suivent correspondent à la mise en place de la réflexion objective. Cette étape est primordiale pour que le résident formule des hypothèses afin d'améliorer sa pratique expérientielle. Celles-ci vont par la suite permettre au résident d'entrer dans la phase d'expérimentation active afin de mettre en pratique ses nouveaux apprentissages de façon généralisée dans son quotidien. C'est donc dans cette dernière phase que l'aide-soignant, qui accompagne chaque jour le résident lors de la réalisation de son activité, participe à la continuité de cet apprentissage. Ainsi deux professionnels de différentes disciplines œuvrent ensemble autour du résident, faisant émerger un questionnement sur la nature collaborative de leur relation.

### 4.3 La collaboration entre ergothérapeute et aide-soignant en EHPAD.

#### 4.3.1 Définition de la collaboration interprofessionnelle

Le terme « collaborer » est issu du latin cum laborare signifiant travailler avec (Roubidou, Barrette, Mathieu & Thomas, 2007). Ici, la collaboration s'œuvre au sein des professions différentes celles d'ergothérapeute et d'aide-soignant. On parle alors d'interprofessionnalité. Cette notion « émerge comme la solution à un problème requérant une plus grande cohésion entre les différentes professions. Pour D'amour et Oandassan (2005), il ne s'agit pas de faire naître une nouvelle profession, mais plutôt que chaque professionnel puisse travailler en collaboration de façon intégrée avec les autres ». Ainsi, on parle de collaboration interprofessionnelle. Macintosh et McCormaac (2001) cité par Legendre (2007) définissent que le préfixe « inter » suivi de « disciplinaire » et « professionnel » se réfère à un partenariat où les membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun, en synergie et non de manière parallèle et indépendante. Dans ce sens, Guihard (1999)



expose que malgré les « regards multiples », les « langages distincts, mais non opposés » l'interprofessionnalité correspond à « la création d'une nouvelle entité constituée de différentes professions ». Bien qu'il n'existe pas de définition unanime de la collaboration interprofessionnelle, Roubidoux et al. en 2007 tente de la définir comme « un processus à travers lequel les intervenants parviennent conjointement à une vue d'ensemble d'un problème et décident des solutions et interventions, de leurs priorités et du partage des rôles et des tâches dans l'action. » Dans le domaine sanitaire et médico-social, le concept de Collaboration Interprofessionnelle (CIP) a été étudié par D'Amour et al. en 1999. La définition retenue de celle-ci est « faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients ».

#### 4.3.2 Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle

La pratique collaborative n'est pas sans difficultés. En effet, Roubidoux et al. en 2007 énoncent que « pour fournir l'effort de collaborer, les praticiens doivent se sentir plus compétents et productifs ensemble que chacun de leur côté, et pour cela, de réelles compétences doivent faire partie de la mise en commun ». Nous allons donc voir que la collaboration interprofessionnelle dépend de plusieurs déterminants. Nous nous basons notamment sur le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle établi par D'Amour et Oandassan en 2004. Selon ce modèle, il existe deux types de déterminants indissociables et s'influençant mutuellement : les déterminants organisationnels et interactionnels. En effet, selon D'amour (1997) la collaboration interprofessionnelle « résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes »

##### 4.3.2.1 Les déterminants organisationnels

L'approche organisationnelle est étudiée d'abord par Friedberg en 1993, il expose que le problème central d'une pratique collaborative est la construction de mécanismes empiriques au sein des acteurs. Ses mécanismes empiriques ont pour but de stabiliser les conduites de chacun afin d'éviter les situations conflictuelles. Ainsi, l'objectif de l'approche organisationnelle vise la compréhension des mécanismes qui conduisent et structurent l'action. Pour cela d'Amour (1997) conceptualise d'abord la formalisation. Il s'agit de proposer un certain ordre aux interactions entre les acteurs. En effet, malgré des intérêts divergents, les acteurs d'un système

sont interdépendants. La formalisation a pour but alors, d'assurer de l'ordre et de la régularité dans le système. Elle apparaît comme un ensemble de règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures. La formalisation prend forme grâce à l'utilisation d'outils, de protocoles ou encore de règles structurant les échanges entre les membres de l'équipe. En effet, « le temps dont peut disposer une équipe pour se rencontrer et partager de même que la disponibilité de locaux » sont des facteurs influençant le fonctionnement de l'équipe (D'amour & al., 1999). Cependant, selon Friedberg, la formalisation ne dépend pas de la seule volonté de la direction. Elle est intégrée et appliquée par l'ensemble des acteurs car elle leur confère une protection et une ressource dans les diverses négociations. Le deuxième déterminant organisationnel est la gouvernance. Friedberg (1993) stipule qu'une forme plus ou moins officielle et explicite de délégation des responsabilités est nécessaire pour réguler l'action collective. Ces propos sont repris par D'amour et al. (1999) ils soulignent que l'appui institutionnel permet d'offrir un soutien au travail d'équipe. Le concept de leadership est alors introduit. Le leader a pour fonction de coordonner le travail en équipe, en utilisant des méthodes comme la centralisation des informations ou encore la valorisation de la structure. Cela afin de permettre un processus de négociations et la participation aux prises de décisions touchant la vie de l'équipe (Weiss & Davis, 1985 cité par D'amour & al., 1999).

#### 4.3.2.2 Les déterminants interactionnels

La dimension interactionnelle est conceptualisée par d'Amour et al. (1999) sous forme de finalisation et d'intériorisation. Selon cette dernière, la finalisation correspond à « l'existence de buts formulés et l'intégration de ces buts à l'action ». En effet, la collaboration est un « lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres [...] autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage » (Roubidoux & al. 2007). La finalisation fait aussi référence à la reconnaissance de l'existence de motifs divergents et d'allégeances multiples par les différents acteurs. Enfin, l'intériorisation correspond à la prise de conscience des professionnels de « leurs situations d'interdépendance » (Roubidoux & al. 2007) ainsi que de l'importance de gérer cette dernière pour atteindre leurs buts communs. L'intériorisation fait ainsi appel à la connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires de l'autre. En effet, « l'interconnaissance est importante car il est difficile de collaborer avec des professionnels dont on connaît peu ou mal les orientations, la nature du travail ou encore le vocabulaire (D'Amour & al., 1999). La reconnaissance des compétences respectives, de l'interdépendance et des zones de chevauchement entre les professionnels est

une des clés de la collaboration (Roubidoux & al., 2007). Les interactions entre les collaborateurs sont également indispensables selon ses mêmes auteurs. En effet, les discussions informelles ne suffisent pas pour assurer une collaboration interprofessionnelle, il est recommandé d'avoir des discussions de cas et des réunions d'équipes, afin d'installer une dynamique inclusive et englobante et ainsi favoriser la collaboration interprofessionnelle. De plus, Careau (2013) établit que plus l'interaction entre les acteurs est forte « plus les champs d'expertise sont rapprochés et plus on constate une interdépendance entre les individus dans la prise de décision et le partage de responsabilités » Pour finir, D'amour (1997) établit qu'une relation de confiance est nécessaire autour du partage de responsabilités. En effet, même s'il y a un partage d'expertise et de compétences il existe un « risque de hiérarchisation professionnelle » néfaste à cette dynamique instaurée. La notion de confiance est étudiée par D'amour en 1997, elle l'explique en questionnant : « Comment coopérer avec des individus en qui on ne peut avoir une totale confiance et avec qui on ne peut établir de contrats spécifiant tous les droits et obligations des parties en toutes circonstances ? ». La confiance est ainsi un mécanisme de coordination et d'intégration des membres de l'équipe permettant de réduire l'incertitude et de favoriser les prises de décisions.

#### 4.3.3 L'intérêt et le lien avec la question de recherche

Nous avons vu précédemment par le référentiel de compétences de l'aide-soignant, qu'il est le professionnel de référence concernant les soins personnels du résident, étant présent quotidiennement auprès de ce dernier. La collaboration avec l'aide-soignant semble donc indispensable afin d'optimiser les capacités du résident dans la réalisation quotidienne de cette activité. Cependant adopter une pratique collaborative nécessite la prise en compte de plusieurs déterminants tant organisationnels qu'interactionnels qui font donc appel à la subjectivité de la personne, mais aussi au soutien de la structure dans laquelle les acteurs travaillent.

### 5. Reformulation de la question centrale

A la suite de notre théorisation, notre question de recherche se précise. Nous avons pu voir précédemment que l'apprentissage expérientiel selon Kolb, sous-tend quatre étapes que sont l'expérience concrète, l'observation réflexive, la conceptualisation abstraite ainsi que l'expérimentation active. L'ergothérapeute en EHPAD a pour mission d'évaluer les capacités et incapacités afin de maximiser l'indépendance de la personne lors de la réalisation de l'activité. Il se situe donc principalement au début du cycle de l'apprentissage expérientiel. Par sa posture facilitatrice d'apprentissage il veille à ce qu'un questionnement et des hypothèses

émergent chez le résident. L'aide-soignant, quant à lui intervient de manière quotidienne lors de la toilette du résident, il participe donc activement à la dernière phase de l'apprentissage expérientiel, qu'est l'expérimentation active. Afin que ces deux professionnels œuvrent pour leur but commun qu'est la limitation du déclin fonctionnel de la personne, nous reformulons ainsi notre question :

En EHPAD, en quoi l'expérimentation active en collaboration avec l'aide-soignant permet de limiter le déclin fonctionnel du résident lors de la réalisation de sa toilette ?

## 6. Formulation de l'hypothèse

Notre travail d'initiation à la recherche résulte d'une démarche hypothético-déductive. Ainsi, la formulation d'hypothèse est une étape essentielle. Cette dernière est définie selon Mace et Pétry (2017) comme le pont entre l'élaboration théorique dont elle constitue en quelque sorte l'aboutissement, et le travail de vérification auquel elle fournit l'orientation générale. Notre question de recherche sous-tend deux hypothèses :

- En EHPAD, la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant favorise l'expérimentation active du résident lors de son activité toilette.
- L'apprentissage expérientiel ergothérapique utilisé en collaboration avec les aides-soignants limite le déclin fonctionnel du résident lors de sa toilette.

La seconde hypothèse est dépendante de la première. Elle ne peut être validée et expérimentée que dans un second temps. Ainsi du fait de la restriction temporelle de ce travail, la première hypothèse est retenue. Celle-ci comporte deux variables. La première « la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant » correspond à la variable indépendante. Nous pouvons la concevoir comme la cause de l'hypothèse. La seconde, « l'expérimentation active du résident lors de son activité toilette » représente la variable dépendante. Elle est l'effet attendu à l'issue de l'expérimentation. Afin qu'une hypothèse soit valide, elle doit répondre à des tests empiriques capables de la valider ou de la réfuter. Pour cela, elle est traduite avec des données observables, que sont les indicateurs.

## 7. Mise en place d'une expérimentation

### 7.1 Objectifs de l'expérimentation

Afin de valider ou d'infirmer notre hypothèse, il est nécessaire de choisir et de mettre en place une méthode d'investigation correspondant à notre démarche hypothético-déductive. En effet, nous nous sommes basés sur des concepts théoriques afin de proposer une hypothèse en

lien. Pour cela, l'expérimentation requiert une méthodologie précise dans la construction du dispositif de recherche. Celui-ci est explicité dans les différentes sous-parties suivantes.

### 7.2 Choix de la population à l'étude

Le préambule à l'expérimentation est la détermination de notre population cible. Pour cela, il nous faut d'abord déterminer la population mère de l'étude. Celle-ci correspond à l'ensemble des individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec notre objet de recherche. Ce dernier concerne la collaboration interprofessionnelle entre les ergothérapeutes et les aides-soignants pour l'activité toilette du résident en EHPAD. Il en découle que notre population mère concerne ces deux professionnels et que nous allons essayer de recueillir dans leur discours, des éléments relatifs à leur collaboration, étant susceptible d'améliorer la réalisation de la toilette des résidents.

### 7.3 Technique d'échantillonnage

Nous sommes conscients qu'afin que notre étude soit représentative, l'échantillon doit se rapprocher au plus près de la population mère. Or, la collaboration interprofessionnelle fait appel à la singularité de chacun des participants à l'étude, ainsi nous recherchons des données de type qualitatives. De ce fait, la technique d'échantillonnage non-probabiliste semble appropriée à notre étude. Nous retenons deux types d'échantillonnage : par quotas ainsi que par choix raisonné. L'échantillonnage par quotas, consiste à sélectionner des individus en fonction de constantes préalablement définies auprès de la population mère. Cette méthode d'échantillonnage semble intéressante, mais difficilement applicable à notre travail d'initiation à la recherche. En effet selon une enquête de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) en 2016, le personnel paramédical (ergothérapeute, kinésithérapeute...) est à hauteur d'1% du personnel soignant tandis que les Aides-Soignants, Aides-Médico-Psychologiques ainsi que les Assistants de Soins en Gériatrie représentent 42 %. Si nous voulons réaliser l'échantillonnage par quotas, alors il nous faudrait respecter ces pourcentages. Cela, bien que représentatif, nous paraît difficilement réalisable dans le cadre de ce travail. Ainsi, nous nous orientons vers un échantillonnage typique appelé également échantillonnage à choix raisonné. L'expérimentateur choisit dans sa population mère des personnes qui correspondent à l'objet de recherche selon différents critères définis préalablement. Les critères d'inclusion concernant la population d'ergothérapeute sont les suivants :

- Ergothérapeutes exerçant en EHPAD
- Ergothérapeutes exerçant depuis plus d'un an au sein de la structure.

- Ergothérapeutes effectuant des évaluations/mises en situation de l'activité toilette

Concernant la population d'aides-soignants, nous souhaitons qu'ils correspondent aux critères d'inclusions suivants :

- Aides-soignants travaillant en EHPAD
- Aides-soignants exerçant depuis plus d'un an au sein de la structure
- Aides-soignants travaillant dans une structure où exerce un ergothérapeute

Nous avons inclus un temps d'exercice minimal fixé à un an, afin que le professionnel soit ancré dans la structure. Nous estimons subjectivement qu'à partir d'un an, les rôles de chacun sont suffisamment définis et connus par l'ensemble des professionnels intervenant dans la structure.

#### 7.4 Le devis de recherche

##### 7.4.1 Choix de la méthode

Afin de pouvoir construire un outil et procéder à l'expérimentation en lien avec notre objet de recherche, nous choisissons la méthode de l'enquête. En effet, l'enquête va nous permettre de découvrir le sens des actions communes aux aides-soignants et ergothérapeutes.

##### 7.4.2 Choix de l'outil

La méthode de l'enquête nous offre deux outils. D'abord, l'entretien visant des données qualitatives recueillies de manière directe. Ensuite, le questionnaire destiné à un plus grand nombre, visant des données quantitatives obtenues de manière indirecte. Nos indicateurs notamment sur la collaboration interprofessionnelle font appel à des données subjectives qu'il est préférable de questionner de manière directe. Ainsi, notre choix s'oriente vers l'entretien. Il est défini comme « une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie » Holstein et Gubrium (2002) cité par Tétreault, Blais-Michaud et Caire (2014). De plus, l'entretien offre la possibilité de reformuler en cas de non-compréhension, mais aussi d'approfondir lorsque les notions qui nous semblent clés, ne semblent pas suffisamment explicitées. Concernant le choix du type d'entretien, nous nous dirigeons ainsi vers le semi-directif. En effet, il permet à l'interviewé de développer et d'orienter ses propos selon des questions thématiques ouvertes sans être contraint par un cadre ou par un ordre donné.

Nous décidons de réaliser des entretiens individuels entre aide-soignant et ergothérapeute de l'EHPAD, afin d'identifier de manière personnelle et individuelle leurs propos. Nous écartons l'entretien de groupe, qui reviendrait à interroger l'ergothérapeute et l'aide-soignant ensemble, pour deux raisons constitutives de biais. D'une part la monopolisation de la parole de l'un des professionnels au détriment de l'autre constituerait un écart représentatif ne permettant pas une généralisation par la suite. D'autre part l'influence des réponses à l'entretien sur la réponse de l'autre professionnel voudrait être évitée. De plus, les entretiens individuels ont pour avantage de retranscrire le discours de la personne de manière plus fidèle que lors des entretiens de groupes.

### 7.5 Conception de l'entretien semi-directif

La construction de l'outil d'évaluation est une étape cruciale dans ce travail d'initiation à la recherche. En effet, il correspond au pont entre la partie théorique et l'expérimentation. C'est alors qu'en construisant notre guide d'entretien, nous veillons à intégrer nos données théoriques afin de les analyser fidèlement. Notre entretien semi-directif a été construit à l'aide de l'écrit de Tétreault et al. (2014). Ainsi, l'entretien se compose de quatre parties. La première constitue l'introduction où l'on présente notre étude et les objectifs de celles-ci. La seconde relate les considérations éthiques par le remplissage des autorisations de consentement et d'enregistrement audio. La troisième correspond aux questions en lien avec la thématique de recherche. Enfin, la dernière est une conclusion de l'entretien.

#### 7.5.1 Construction de la matrice théorique

Afin de valider ou de réfuter notre hypothèse, il nous faut confronter notre variable indépendante avec notre variable dépendante. Nous réalisons alors une matrice théorique qui nous permet de faire apparaître des indicateurs. Par la suite, nous établissons des indices, qui faciliteront le codage des données recueillies.

##### 7.5.1.1 Indicateurs et indices de la variable dépendante

A partir de notre théorisation sur l'apprentissage expérientiel et notamment sur le cycle de Kolb, en lien avec l'application au contexte d'intervention ergothérapeutique, il nous est possible de définir certains indicateurs de l'expérimentation active. Le premier correspond à la planification de l'activité, pour cela, les indices sont que le résident doit avoir connaissance des rôles différents entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant. Il doit également accepter de réaliser cette expérience avec l'ergothérapeute. Le second indicateur de l'expérimentation active est la

mise en expérience du résident, il induit des échanges entre l'ergothérapeute et le résident sur la toilette évaluative ainsi qu'une posture de facilitateur d'expérience pour l'ergothérapeute. Le troisième indicateur correspond à la généralisation sur le long terme de l'apprentissage. En effet, les échanges entre le résident et l'aide-soignant sur l'intervention ergothérapique sont nécessaires. De plus, l'application des conseils et aides-techniques constitue un autre indice de cet indicateur. Enfin, le dernier indice correspond à la mise en pratique des scénarii ultérieurs soit de la conscience des capacités du résident à réaliser l'activité ou une partie de celle-ci. Le dernier indicateur est la nature des connaissances acquises par le résident. Elles peuvent être émotionnelles et/ou rationnelles. Les connaissances émotionnelles correspondent à la qualité des interactions sociales ou émotionnelles. Les connaissances rationnelles, quant à elles, correspondent à la reconnaissance de la productivité améliorée lors de l'activité. L'autocritique du résident sur la situation passée permet d'obtenir ses indices.

### 7.5.2 Indicateurs et indices de la variable indépendante

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle étudié précédemment en lien avec les différents écrits sur le sujet nous ont permis de comprendre les dimensions sous-tendantes de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, quatre indicateurs sont retenus. Le premier est la finalisation avec pour indices : la présence d'objectifs communs et la reconnaissance des apports de l'autre professionnel. Le second est l'intériorisation, en découlent des indices tels que les interactions et échanges, la reconnaissance de la plus-value de la collaboration, ainsi que les connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles. Le troisième est la formalisation, nous relevons comme indices, l'existence de règles et protocoles soutenus par l'institution ainsi que l'utilisation d'outils communs aux ergothérapeutes et aides-soignants. Pour finir, la gouvernance est notre dernier indicateur. Il concerne la centralisation des informations.

### 7.5.3 Construction de l'entretien

#### 7.5.3.1 Les différentes parties de l'entretien

Afin de confronter notre variable indépendante et notre variable dépendante, nous avons réalisé trois parties d'entretiens distinctes. La première concerne la collaboration interprofessionnelle, les questions sont donc communes entre les pratiques professionnelles de l'ergothérapeute et de l'aide-soignant. Elle se compose de cinq questions.



La seconde partie de l'entretien porte sur l'expérimentation active, quatrième partie du cycle de Kolb sur l'apprentissage expérientiel. Cette partie est donc spécifique à l'activité toilette du résident en EHPAD. Elle interroge également la collaboration interprofessionnelle durant cette activité. Concernant l'entretien proposé à l'ergothérapeute, y figurent huit questions. Pour l'aide-soignant, cette partie se compose de cinq questions. Enfin, la dernière partie est caractérisée par une question ouverte afin de conclure l'entretien et de laisser une parole libre à l'interlocuteur.

### 7.5.3.2 La construction des questions

Afin de produire notre guide d'entretien, nous nous sommes servis des matrices théoriques (cf. Annexe 3 et Annexe 4) pour entreprendre ensuite la réalisation d'un tableau. Celui-ci permet de mettre en lien le concept théorique étudié, les indicateurs ainsi que les indices recherchés pour enfin aboutir à une question la plus pertinente possible. Ce tableau figure en annexe 5.

Afin de rendre plus lisible cet écrit, nous décidons de développer une question de chaque partie de l'entretien. Premièrement, la construction de la cinquième question commune aux deux professionnels : « Si vous deviez me donner trois mots qualifiant la relation que vous avez avec les aides-soignants/ergothérapeute lesquels seraient-ils ? » par cette question, nous cherchons à obtenir des informations relatives à la finalisation de la collaboration. Notre objectif est d'identifier s'il y a reconnaissance de la plus-value de la collaboration. La restriction « trois mots » a pour but de faire émerger une réflexion de la part de l'interlocuteur afin qu'il cible les caractéristiques subjectives de leur relation. Deuxièmement, la question n°8 du guide d'entretien avec l'aide-soignant : « Avez-vous un temps d'échange avec le résident à la suite de l'intervention de l'ergothérapeute ? Si oui, quels sont les points que vous abordez ? » Cette question met en exergue le ressenti du résident. Le but est de savoir si après réflexion de l'intervention ergothérapique, il retient les éléments apportés et s'il trouve également des bénéfices à l'intervention. Cette question fait référence à l'indicateur généralisation des apprentissages de notre variable dépendante. Troisièmement, la question n°8 du guide d'entretien avec l'ergothérapeute : « Quelle posture adoptez-vous pendant l'intervention ? ». Par cette question, nous cherchons à savoir si l'ergothérapeute se positionne comme facilitateur d'apprentissage. Pour cela, il doit chercher l'émergence d'un questionnement de la part du résident sur son expérience et mettre en œuvre un environnement facilitateur à la réalisation de l'activité. Cette question met en exergue l'indicateur mise en expérience du résident. Enfin, la dernière question commune aux deux professionnels « Souhaitez-vous évoquer des éléments

non abordés lors de cet entretien qui vous semblent pertinents ? » Il s'agit ici d'une question ouverte ayant deux fonctions. La première étant d'informer la personne que l'entretien touche à sa fin. La seconde, d'inviter la personne à ajouter des précisions sur ses propos.

#### 7.5.4 Validation de l'outil

En amont de la passation de l'entretien auprès des professionnels, nous avons pris soin de communiquer notre guide d'entretien à nos référentes méthodologique et professionnelle afin de vérifier la formulation et le lien concret avec nos indicateurs. Après validation, il nous a été conseillé de procéder à un pré-test. Celui-ci permet non seulement de se familiariser avec notre outil, mais également de rencontrer des difficultés que nous pourrions corriger avant la réelle passation. Ainsi, nous avons simulé un entretien avec une collègue de promotion qui a effectué dernièrement un stage de deux mois en EHPAD. Celle-ci a été amenée à réaliser des mises en situations toilettes. A la suite de cette étape, il nous est apparu la difficulté de gestion du temps et de recadrage vers les objectifs. Nous décidons de travailler sur ces points en effectuant un deuxième pré-test auprès de notre référente professionnelle.

#### 7.5.5 Passations des entretiens

Deux contacts d'ergothérapeutes nous ont été fournis par notre référente professionnelle de travail de fin d'étude. Le troisième ergothérapeute quant à lui, nous a été proposé par notre collègue de formation cité précédemment. Le premier contact avec les professionnels s'est effectué par téléphone. Après nous être présentés, nous avons vérifié nos critères d'inclusion. Ayant désormais la certitude que les ergothérapeutes effectuent des activités toilettes avec les résidents, nous leurs expliquons que nous aimerions interroger également une aide-soignante de leur choix. La disponibilité de ces deux professionnels nous a parfois contraints à renouveler le contact téléphonique. Une fois les formalités organisationnelles réglées, nous réfléchissons au matériel requis pour le déroulement du rendez-vous. Un endroit calme avec une table, deux chaises, le guide d'entretien, un stylo ainsi qu'un téléphone muni d'un dictaphone sont nécessaires. De plus, afin de poursuivre notre initiation à la recherche par une analyse des résultats, une demande d'autorisation de consentement libre ainsi qu'une demande d'autorisation d'exploitation des données sont imprimées, nous veillons à ce qu'elles soient dûment remplies et signées avant chaque entretien (cf. Annexes 6 à 11). Les entretiens se sont déroulés dans les institutions où travaillent les binômes sauf pour le troisième ergothérapeute en congé maternité qui nous a accueillis chez elle.

### 7.5.6 Techniques de codage

Afin de préparer l'analyse des entretiens, il est nécessaire de prévoir leur codage. Selon Bardin (1997), le codage correspond à une transformation des données brutes afin d'éclairer l'analyste sur les caractéristiques du texte. Premièrement, à l'aide des enregistrements audio, nous avons procédé à la retranscription des données orales sous forme de texte écrit appelé verbatim, celui-ci correspond à nos données brutes. Les lignes sont numérotées afin de faciliter l'accès aux données par la suite (cf. Annexes 12 à 17). Nous avons attribué une couleur pour chaque indicateurs et indices, que nous avons utilisée pour surligner les données correspondantes de chaque participant à l'étude à même le verbatim. Par la suite, nous avons entrepris la réalisation d'un tableau composé des indicateurs et indices relatifs à notre variable où nous y avons associé les phrases brutes de nos participants. Ce tableau figure en annexe 18 pour la variable dépendante et en annexe 19 pour la variable indépendante. Enfin, nous réalisons un autre tableau, cette fois pour chaque binôme aide-soignant et ergothérapeute. Celui-ci, à double entrées, se compose des indicateurs, des indices ainsi que de la reformulation synthétisée des discours de chacun. Cela a pour but de réunir les propos de chaque binôme afin de simplifier l'analyse (cf. Annexes 20 à 22).

En amont de la passation des entretiens nous avons établi une règle d'énumération basée sur la présence et sur l'absence des indices (Bardin, 1997). Cela nous permet de vérifier pour chaque binôme la présence d'indices relatifs à la collaboration interprofessionnelle et de visualiser l'impact sur l'expérimentation active afin de pouvoir valider ou infirmer notre hypothèse. L'explication détaillée du codage se trouve en annexe 23. L'absence et la présence sont quantifiées respectivement grâce aux chiffres 0 et 1. Cependant, les deux premières questions de l'entretien concernant la connaissance des rôles de chacun est quantifiée 0.5. Cela s'explique par le terme interprofessionnel. En effet, l'ergothérapeute doit connaître le rôle de l'aide-soignant et l'aide-soignant celui de l'ergothérapeute pour que l'indice soit validé. C'est ainsi la somme des deux chiffres obtenus qui validera ou non la présence de cet indice.

## 7.6 Présentation des résultats

L'analyse des résultats constitue une étape cruciale dans le travail d'initiation à la recherche. En effet, elle permet de mettre en lien les données recueillies lors de l'expérimentation avec les éléments issus de la recherche théorique. A la suite de cette analyse, nous pourrons valider ou réfuter notre hypothèse.

### 7.6.1 Présentation des participants à l'étude

Nous nous sommes entretenus avec trois binômes d'ergothérapeute et aide-soignant de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur et Occitanie. En effet, nous souhaitions réaliser les entretiens face-à-face. Ce moyen permet de recueillir le discours verbal et les émotions exprimées, mais également d'identifier ce qui relève du non-verbal. Nous avons pu, de ce fait recueillir certaines expressions de visages, recueil irréalizable lors d'entretiens téléphoniques. Par soucis de faisabilité, nous avons donc ajouté à nos critères d'inclusions le lieu d'exercice incluant ainsi la région Occitanie où nous résidons et la région Provence-Alpes-Côte-D'azur où nous étudions. Par souci d'anonymat et de simplification d'écriture, les ergothérapeutes sont nommés *E*, les aides-soignants sont désignés par les lettres *AS*, associé au numéro de l'entretien. A titre d'exemple, l'ergothérapeute du premier entretien est appelé *E1*. Parmi les participants à l'étude, le temps d'exercice dans la structure varie entre 4 et 13 ans avec une moyenne de 7.5 ans. Deux ergothérapeutes et l'ensemble des aides-soignants travaillent à temps plein dans leur structure, tandis que l'ergothérapeute *E2* travaille seulement en  $\frac{3}{4}$  temps. Le nombre de résidents dans les structures est respectivement de 160, 110 et 75. Le tableau de présentation des participants figure en annexe 24.

#### 7.6.2 Présentation des résultats du premier binôme

Nous présentons d'abord notre variable indépendante qu'est la collaboration interprofessionnelle entre les deux intervenants, ensuite nous étudions notre variable dépendante qu'est l'expérimentation active.

Concernant le premier binôme, la finalisation est représentée par les indices « La présence d'objectifs communs » ainsi que « Reconnaissance des apports de l'autre professionnel ». En effet, dans le discours d'*ASI* nous retrouvons qu'*E1* intervient pour conseiller sur le matériel et qu'inversement, *E1* est en demande d'informations concernant le quotidien des résidents. De plus, bien que l'indicateur de l'intériorisation soit seulement défini par l'indice « Reconnaissance de la plus-value de la collaboration ». Nous obtenons dans leur discours des termes comme « Efficace » ou encore « travail en équipe ». La formalisation est représentée par l'indice « Existence de règles et de protocoles ». Cependant, pour l'utilisation d'outils communs, *E1* pense que les informations qu'elle note sur le logiciel ne sont pas regardées par les aides-soignants. Lorsque nous interrogeons *AS I*, elle dit « Sur net-soins elle met « aide totale/aide partielle » L80-81, elle rajoute que si elles ne sont pas présentes en aval de l'évaluation à la toilette, elles n'ont pas le détail. Sous-entendant, que l'information est

transmise, mais n'est pas suffisante. Enfin, nous ne retrouvons pas l'indice correspondant à la gouvernance dans les entretiens menés auprès de ce premier binôme.

Concernant notre variable dépendante, nous retrouvons « la connaissance du résident sur le rôle de l'ergothérapeute et de ses objectifs » ainsi que « l'accord du résident » relatif à l'indicateur de la planification de l'activité. *EI* ajoute tout de même qu'il s'agit d'une question rhétorique. Cet indice étant présent, il est cependant validé selon notre codage. Nous ne retrouvons aucun indice pour les autres indicateurs. En effet, *EI* ne permet pas l'émergence d'un questionnement chez le résident et intervient dès qu'une difficulté apparaît. De plus, « l'échange entre l'ergothérapeute et le résident » ne se caractérise que par un discours d'*EI* : « C'est moi qui vais lui dire ce qui va bien » L84. Elle nous exprime également « Je lui dis : vous avez besoin d'aide ». L87. On constate ici, qu'il ne s'agit pas d'un échange.

### 7.6.3 Présentation des résultats du second binôme

L'indicateur de la finalisation est représenté par les deux indices « La présence d'objectifs communs » ainsi que « la reconnaissance des apports de l'autre professionnels ». En ce sens, *E2*, nous dit « Ce sont [les aides-soignantes] mes yeux et mes oreilles » L26. *AS 2* nous confie lors de l'entretien « Elle [l'ergothérapeute] nous apporte des informations précieuses et nécessaires » L148-149. On remarque ici, l'interdépendance des deux professionnels. L'intériorisation est marquée par la présence notamment d' « Interactions et échanges ». En effet, il existe de nombreux temps d'échanges formels : Réunions pluridisciplinaires, transmissions orales (3 fois par semaine), Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et réunions « cas complexe ». *AS 2* remarque également la disponibilité de l'ergothérapeute permettant ainsi des temps d'échanges informels. Ensuite, les indices de « la reconnaissance de la plus-value de la collaboration » ainsi que « La connaissance des rôles et compétences interprofessionnelles » sont également relevés dans leurs discours. Nous retrouvons pour la formalisation, la présence d'indices l'« Existence de règles et protocoles » et comme « L'utilisation d'outils communs ». Dans cet EHPAD, l'ergothérapeute joint dans le classeur des soins destinés aux aides-soignants, une fiche explicative pour chaque résident. Cette fiche leur permet de connaître, grâce aux commentaires, les capacités du résident à réaliser ses soins personnels. Pour finir, nous retrouvons également l'indicateur de la gouvernance par la présence de l'indice « Centralisation des informations ». De ce fait, nous retrouvons la totalité des indices relatifs à la collaboration interprofessionnelle.

La variable dépendante est marquée par la planification de l'activité, où nous retrouvons les indices « l'accord du résident » ainsi que « la connaissance du résident sur le rôle de l'ergothérapeute et de ses objectifs ». Ensuite, la mise en expérience du résident est mise en valeur par la présence d'un « échange entre l'ergothérapeute et le résident » ainsi que par « La posture de l'ergothérapeute ». L'ergothérapeute stimule le résident lorsqu'il est capable de réaliser une tâche, elle réalise un renforcement positif une fois que celle-ci est effectuée. De plus, en aménageant l'environnement du résident, elle se positionne comme facilitateur de l'expérience. En ce qui concerne la généralisation sur le long terme, les indices « échange entre résident et aide-soignant sur l'intervention ergothérapique » ainsi que « mise en pratique des conseils et utilisations des AT » sont également retrouvés. Enfin, la nature des connaissances acquises, dont l'indice correspondant est « Nature de l'échange entre le résident et l'ergothérapeute » est présent. Nous retrouvons les deux types de connaissances acquises.

#### 7.6.4 Présentation des entretiens du troisième binôme

Concernant la collaboration entre ses deux professionnels, nous retrouvons l'indice « La présence d'objectifs communs » correspondant à notre indicateur de finalisation. La reconnaissance des apports de l'autre professionnel n'est pas validée car nous ne retrouvons pas l'ensemble des données chez l'ergothérapeute et l'aide-soignant. L'intériorisation quant à elle est retrouvée dans les indices « Interactions et échanges », « la reconnaissance de la plus-value de la collaboration » ainsi que par « La connaissance des rôles et compétences interprofessionnelles ». Dans les discours de ce troisième binôme nous retrouvons également les indices comme l'« Existence de règles et protocoles » et « L'utilisation d'outils communs » relatifs à la formalisation. Dans cette structure, l'ergothérapeute et l'équipe soignante ont mis en place une fiche de pictogramme permettant ainsi d'avoir une vision claire des capacités de la personne. Enfin, la gouvernance est marquée par la présence de l'indice « Centralisation des informations ».

L'expérimentation active se retrouve premièrement par la planification de l'activité, qui est représentée par « l'accord du résident » ainsi que « la connaissance du résident sur le rôle de l'ergothérapeute et de ses objectifs ». Ensuite, la mise en expérience du résident est mise en valeur par « La posture de l'ergothérapeute ». *E3* nous dit « Je fais en sorte que le résident trouve les solutions par lui-même. Je suis là pour vérifier qu'il n'y a pas de mise en danger, et pour éviter les situations d'échecs » L78-79. Elle précise ne pas intervenir si le résident possède les capacités d'effectuer les tâches. Ici, nous relevons la posture facilitatrice d'expérience de

l'ergothérapeute. Cependant, elle n'échange pas avec le résident sur l'expérience vécue. Elle reconnaît ne pas y avoir pensé, mais trouve cela intéressant. Ainsi, l'indice n'est pas validé. En ce qui concerne la généralisation sur le long terme, les indices « échange entre résident et aide-soignant sur l'intervention ergothérapique » ainsi que « mise en pratique des conseils et utilisations des AT » sont également retrouvés. Enfin, la nature des connaissances acquises de type émotionnelle et rationnelle est retrouvée dans le discours d'AS3. En effet, malgré l'absence d'échange entre l'ergothérapeute et le résident, l'aide-soignant récolte les informations, qu'elle transmet par la suite lors des diverses réunions pluridisciplinaires.

A la suite de ce travail, nous avons élaborés des tableaux par binôme relatant les résultats de codage permettant ainsi de faciliter l'interprétation de ceux-ci (cf. Annexes 25 à 27).

## 8. Discussion

### 8.1 Analyse des résultats

Après avoir présenté les résultats bruts par binôme, nous analysons les résultats des indicateurs de manière générale en commençant d'abord par notre variable indépendante, puis notre variable dépendante.

Les indicateurs relatifs à la collaboration sont, pour rappel, la finalisation, l'intériorisation, la formalisation ainsi que la gouvernance. Concernant la finalisation, l'ensemble des binômes ont un objectif en commun. Ils s'accordent à dire qu'il s'agit du maintien de l'autonomie du résident. La reconnaissance de l'ergothérapie par l'aide-soignante est validée par un binôme, mais les deux autres ne semblent pas faire appel aux ergothérapeutes pour leurs compétences et leurs rôles définis. A l'inverse, le travail de l'aide-soignante est reconnu par la majorité des ergothérapeutes. Pour l'intériorisation, il existe de nombreux temps d'échanges et d'interactions pour la majorité des professionnels. Pour la totalité d'entre eux, certains de ces échanges sont assurés de manière informelle grâce à l'outil téléphonique. De plus, pour deux des binômes, sont organisées des rencontres formelles entre les ergothérapeutes et aides-soignants. Ainsi, cela permet la transmission des informations. Pour le troisième binôme, les temps d'échanges formels ne sont permis qu'une fois toutes les deux semaines. Cela pose la question de l'impact sur l'ensemble de la collaboration. De plus, la totalité des binômes s'accorde à qualifier leurs relations conjointes avec des termes allant dans le sens de la collaboration. La majorité des personnes interrogées connaissent le rôle et les compétences professionnelles de leurs partenaires. Seulement, un aide-soignant pense que l'ergothérapeute réalise la gestion du matériel et qu'elle prodigue des conseils sur les résidents. Le versent

rééducation et évaluation n'est pas identifié ce qui montre une méconnaissance du métier de son collègue. La formalisation est retrouvée chez deux binômes sur trois. En effet, l'un d'eux utilise un outil commun qu'est une fiche de pictogramme. L'aide-soignante précise que cela, accompagné d'une synthèse, facilite l'accompagnement à la toilette du résident. Au contraire, selon un autre aide-soignant, les informations transmises dans le logiciel informatique ne sont pas assez exhaustives. Ici, cette remarque relève un manque de précision dans les transmissions, ce qui semble être un élément pouvant faire obstacle à la collaboration. De plus, nous retrouvons pour deux binômes, l'existence de règles et protocole concernant la toilette, mais aucune formalisation pour le troisième binôme. Enfin, nous retrouvons la centralisation des informations relatives à la gouvernance chez deux binômes sur trois. La totalité des binômes a à sa disposition un logiciel informatique. Celui-ci est efficient pour deux d'entre eux.

Concernant l'expérimentation active nous rappelons nos indicateurs : la planification de l'activité, la mise en expérience du résident, la généralisation sur le long terme des apprentissages ainsi que la nature des connaissances acquises. Pour la planification de l'activité, la totalité des binômes demande l'accord des résidents pour effectuer la toilette évaluative. Ils expliquent également le rôle différent entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant. Les trois ergothérapeutes adaptent leurs vocabulaires et ont un discours rassurant quant aux difficultés que la personne pourrait ressentir en leur proposant de pallier celles-ci. Concernant la mise en expérience du résident, la majorité des ergothérapeutes ont une posture facilitatrice d'apprentissage. Ils s'assurent d'éviter les situations d'échecs et vont faire émerger un questionnement de la part du résident. Cependant, seulement un ergothérapeute sur trois a un échange avec le résident. Alors qu'un autre ergothérapeute débrieife sur l'activité, mais ne demande pas ce que la personne a ressenti. Le dernier ergothérapeute n'effectue ni échange, ni débrief. La généralisation sur le long terme est réalisée par la majorité des aides-soignants par un échange avec le résident sur l'intervention ergothérapique. Cela leur permet, grâce aux échanges interprofessionnels d'adapter le plan de soin relatif au résident. Cet échange permet également de mettre en pratique les conseils et aides-techniques préconisés par l'ergothérapeute. Pour finir, sur la nature des connaissances acquises, deux binômes sur trois obtiennent des informations de type rationnelle et/ou émotionnelle. En effet, la plupart du temps les résidents ne se rendent pas compte qu'ils ont les capacités pour réaliser certaines tâches de l'activité. Ils affirment également vouloir perpétuer les conseils ergothérapiques.

Nous établissons des diagrammes à la suite de cette analyse afin de visualiser plus clairement les résultats (cf. Annexe 28). Grâce à cette représentation, nous pouvons conclure



que le binôme 1 présente peu d'indicateurs relatifs à la collaboration comme à l'expérimentation active, contrairement aux binômes 2 et 3. En effet, ces derniers ont un résultat élevé pour les indicateurs de collaboration, ce qui semble influencer positivement l'efficacité de l'expérimentation active, dont les indicateurs sont plus nombreux que pour le binôme 1. Ainsi, nous pouvons dire que dans notre cas, la collaboration est bien un facteur prépondérant de l'expérimentation active lors de la toilette du résident en EHPAD.

## 8.2 Analyse de la méthode expérimentale

L'entretien, outil utilisé pour notre méthode expérimentale, semble approprié en vue de la subjectivité de la collaboration interprofessionnelle. Cependant, plusieurs notions font l'objet de limites et ont pu orienter nos résultats. Premièrement, par souci d'organisation, nous avons donné libre-choix à l'ergothérapeute de choisir l'aide-soignante constitutive du binôme. Ainsi, nous pouvons imaginer que l'aide-soignante n'a pas été choisie par pur hasard et qu'une part de facteurs personnels réside dans ce choix. La subjectivité de celui-ci aurait pu être évité en choisissant nous-même l'aide-soignant. Deuxièmement, cette étude est réalisée sur un échantillon faible, elle n'est donc que peu représentative sur le terrain. Ceci s'explique notamment par la temporalité restreinte allouée à l'expérimentation du travail d'initiation à la recherche. Troisièmement, lors des entretiens, nous ne précisons à aucun moment que notre étude s'intéresse aux résidents n'ayant pas de troubles cognitifs prédominant. L'apprentissage expérientiel ne peut être utilisé dans ce cas de figure. Ainsi, il a été nécessaire de recadrer grâce à des reformulations de questions, mais nous sommes incapables d'affirmer que les réponses aux questions étaient réellement orientées vers notre sujet d'étude. De plus, certains indices relatifs à la théorie de la collaboration interprofessionnelle n'ont pas ou très peu été questionnés. En effet, la confiance n'a pas été abordée, pourtant, elle constitue un élément important de notre variable dépendante. Ceci s'explique par le caractère subjectif, mais surtout complexe de ce concept. Celui-ci, peut à lui seul faire l'objet d'une expérimentation entre les individus interrogés. Cela nous amène alors, à remettre en cause le choix des indicateurs. De plus, la valorisation de la structure n'est pas, non plus, assez questionnée. Une observation sur le terrain aurait été nécessaire. Quatrièmement, lors de la passation des entretiens, nous estimons ne pas avoir fait preuve d'assez de souplesse quant à l'interactivité du discours. En effet, par peur de déstabiliser la personne, nous n'avons pas questionné davantage certaines affirmations qui auraient pu être exploitées lors de l'interprétation des résultats. Notamment lorsqu'*EI* nous dit demander l'accord du résident même si, selon lui, il s'agit d'une question rhétorique. Enfin,

nous nous attardons sur les conditions d'analyse de notre expérimentation. En effet, la grille de cotation, bien que s'appuyant sur notre théorisation, reste subjective.

L'énumération des biais méthodologiques cités ci-dessus est à prendre en compte dans le cas où un chercheur souhaiterait continuer ou recommencer cette recherche. En effet, ces biais ne permettent pas de valider ou d'infirmer notre hypothèse. Cependant, aux vues de nos résultats mis en lien avec nos théories, nous notons une tendance à la validation de l'hypothèse. Ainsi, en EHPAD, la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant semble favoriser l'expérimentation active du résident lors de son activité toilette.

### 8.3 Analyse du travail d'initiation à la recherche

La réalisation de ce travail met en exergue que la collaboration entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant est un facteur favorisant la réalisation de la toilette du résident. Les pratiques collaboratives en santé font l'objet d'un enjeu actuel. La Haute Autorité de Santé publie en ce sens en 2014, une recommandation sur la collaboration, en réponse au message de l'OMS : « Apprendre ensemble pour travailler ensemble ». Dans celle-ci nous retrouvons l'importance de l'enseignement initial à la pratique collaborative. Si dans notre référentiel de formation, plusieurs unités d'enseignement regroupent l'interprofessionnalité, qu'en est-il pour les élèves aides-soignants ? En effet, la collaboration comme nous l'avons dit auparavant, dépend de facteurs personnels, mais les notions clés sont explorées en théorie lors de notre formation. De plus, lors des stages, il n'est pas rare que l'on nous accorde un temps pour aller voir chacune des autres pratiques. Il serait intéressant de questionner les élèves aides-soignants sur leur connaissance du rôle de l'ergothérapeute durant leur formation. La collaboration, concept important pour notre pratique est finalement l'affaire de tous. Globalement, nous comprenons par l'étude de cette théorie, l'enjeu de la communication et l'importance du partage de connaissances dans notre profession, mais aussi, dans le domaine de la santé en général.

Un autre aspect que cette recherche a pu mettre en avant est l'intérêt de l'apprentissage expérientiel. Dans notre sujet, d'une part, sa finalité est la réalisation pour la personne de sa toilette, de la manière la plus indépendante possible. D'autre part, il correspond à un objectif également cognitif. En effet, dans ce travail nous n'avons que peu exploré cette dimension, mais l'apprentissage expérientiel, notamment lors des phases d'observation réflexive et de conceptualisation abstraite, est un moyen pour l'ergothérapeute de stimuler la sphère cognitive, facteur qui peut être en déclin avec l'avancée en âge.

Enfin, l'apprentissage expérientiel sous-tend le choix d'une activité signifiante pour la personne, ciblée sur ses attentes et ses besoins. Ce type d'accompagnement est limité par les contraintes institutionnelles, mais est pourtant primordial afin de respecter les prérogatives législatives ou les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en lien avec les personnes âgées en EHPAD. C'est en ce sens, qu'au cours de cette année nous avons pu assister à des mouvements de grèves du personnel soignant en EHPAD, protestant contre les conditions de travail résultant d'un manque de moyen donné aux institutions. Ces protestations relèvent de considérations éthiques quant à la bientraitance des résidents en EHPAD.

#### 8.4 Perspectives et débouchés :

Notre étude comporte des apports méthodologiques puisque, à notre connaissance, aucune expérimentation n'a questionné le lien entre la collaboration ergothérapeute/aide-soignant et l'apprentissage expérientiel. Celle-ci ouvre ainsi de nouvelles perspectives pour les futures études dans ce domaine. En effet, à la suite de notre phase pratique, lors de la formulation des hypothèses nous avons fait le choix d'expérimenter la première. Pour rappel, la seconde est : l'apprentissage expérientiel ergothérapeutique utilisé en collaboration avec les aides-soignants limite le déclin fonctionnel du résident lors de sa toilette. Cela serait intéressant d'expérimenter sur le terrain, comment les résidents ressentent la pratique collaborative et quels sont les impacts sur les activités. De plus, lors des entretiens, un ergothérapeute souligne le fait que si elle a des rapports convenables avec l'aide-soignante interrogée par la suite, ce n'est pas le cas pour l'ensemble du personnel. Lorsque nous lui demandons la raison, elle nous fait part de l'individualité de chaque personne. Si celle-ci dit ne pas prendre en compte ce paramètre, gardant en tête l'objectif final, sa remarque nous semble pertinente à approfondir quant aux autres professionnels. Les conflits d'équipe semblent en effet pouvoir se répercuter sur l'accompagnement du résident. Nous retenons ici, une qualité que nous espérons mettre en pratique tout au long de notre carrière d'ergothérapeute.

#### 9. Conclusion et perspectives éthiques

L'objectif de ce travail d'initiation à la recherche était de questionner l'impact de la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant sur l'expérimentation active lors de la toilette du résident. Cette interrogation est née d'un paradoxe retrouvé sur le terrain comme dans la littérature. En effet, les aides-soignants ont pour compétences de palier les incapacités à réaliser les soins personnels en maintenant l'autonomie du résident. Ce qui se rapproche de l'objectif de l'ergothérapeute qui est de favoriser

l'indépendance de la personne dans ses activités de la vie quotidienne. Si le travail mené en ergothérapie est effectif, alors pourquoi le transfert des acquis ne se retrouve pas dans le quotidien de la personne ? C'est par le filtre de la collaboration interprofessionnelle que nous avons décidé d'explorer cette interrogation. Bien que dans l'état actuel des choses, certains biais méthodologiques ne rendent pas notre étude généralisable, les résultats de celle-ci montrent une tendance à valider l'hypothèse que la collaboration interprofessionnelle a bien un impact positif sur l'expérimentation active du résident. L'approfondissement de ces théories nous renseigne sur notre future posture professionnelle et concrétise les apports théoriques que nous avons pu avoir lors de ses trois années d'études. Au moment d'écrire les dernières lignes de ce travail, nous nous accordons la liberté de penser que la qualité de vie du résident dépend de ce que nous, professionnels, travaillant ensemble, pouvons lui apporter. En effet, le « faire à la place de » soulève des considérations éthiques lorsque l'activité est signifiante pour la personne et qu'elle favorise le maintien de ses capacités. De plus, tout au long de notre formation, est particulièrement par l'aboutissement de notre travail d'initiation à la recherche, nous avons acquis une méthodologie ainsi qu'une démarche scientifique. Celles-ci sont indispensables dans notre future pratique d'ergothérapeute. En effet, elles vont permettre de valoriser notre pratique en se basant sur des faits et données probantes. De plus, l'outil utilisé lors de notre expérimentation est l'entretien. Nous avons effectué des recherches littéraires à ce sujet. Celles-ci nous ont alertés sur la nécessité d'une certaine rigueur lors de l'échange avec les professionnels, ainsi nous étions inquiets de par notre manque d'expérience. Cependant, cela a constitué un enrichissement autant personnel que pour notre future pratique, nous apportant en effet rigueur, mais également la qualité d'écoute et de flexibilité au discours.

## Bibliographie

- AFEG. (2003). Fiches de postes en EHPAD. *Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie*. Consulté le 02 27, 2017, à l'adresse [http://afeg.asso.fr/index\\_htm\\_files/Fiche%20%20afeg%20ESA.pdf](http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%20%20afeg%20ESA.pdf)
- ANESM. (2012). *Qualité de vie en Ehpad (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm\\_qdv4\\_novembre\\_2012\\_2018-03-16\\_12-32-35\\_307.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_qdv4_novembre_2012_2018-03-16_12-32-35_307.pdf)
- ANFE. (2011). *Contribution de l'ergothérapie dans la lutte contre la dépendance*. Consulté le 25/09/2017, à l'adresse <http://anfe.fr>: [http://www.anfe.fr/images/stories/doc/rapports/Ergotherapie\\_%20dependance\\_ANFE\\_2011](http://www.anfe.fr/images/stories/doc/rapports/Ergotherapie_%20dependance_ANFE_2011)
- ANFE. (2015). *Démographie et activités des ergothérapeutes au 1er janvier 2015 en France : enquête nationale ANFE-CATEL*. Consulté le 04 05, 2017, à l'adresse <http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Enquete%20nationale%20ANFE-CATEL.pdf>
- Balleux, A. (2000). Evolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 263-286.
- Bardin, L. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Billaud, S., & Boillat, C. (2006). Analyse de l'activité toilette/habillage : ce que peut apporter l'ergothérapie. *Expérience en ergothérapie 19ème série*. 239-247.
- Boquet, H. A. (1999). "Le burden". Un indicteur spécifique pour les aidants familiaux . *Gérontologie et Société vol 89*, 155-156.
- Bossaert, L. (2007). Prévention du déclin fonctionnel chez la personne âgée hospitalisée : rôle de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire. *Expériences en ergothérapie 20ème série*, 187-189.
- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge . *Retraite et société (52)3*, 11-37.

- Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. (Thèse philosophie) Université Laval, Québec.
- Chevrier, J., & Charbonneau, B. (2000). Le savoir apprendre expérientiel dans le contexte du modèle de David Kolb. *Revue des sciences de l'éducation*, 26, pp. 287-324.
- Clegg, A., Young, J., Ilife, S., Iliffe, S., Olde Rikkert, M., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The lancet*, pp. 752-762. Consulté le 11 25, 2017 à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23395245>
- CNEG. (2000). *Corpus de Gériatrie*. Montmorency: M2.
- CNSA. (2017). *La situation des EHPAD en 2016. Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD*. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Consulté le 03 21, 2018, à l'adresse [http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/cnsa\\_portrait\\_ehpad\\_2016\\_vf.pdf](http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/cnsa_portrait_ehpad_2016_vf.pdf)
- D'amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. (Thèse pour le doctorat en Santé publique Médecine). Université de Montréal, Québec.
- D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : an emerging concept. *Journal of interprofessional care*(19), 8-20.
- D'amour, D., Sicotte, C., & Lévu, R. (1999). L'action collective au sein d'équipe interprofessionnelles dans les services de santé. *Science sociales et santé*, 17(3), 67-94.
- Déliot, C., & Casagrande, A. (2006). *Vieillir en institution : Témoignages de professionnels, regards de philosophes*. Montrouge: John Libbey Eurotext.
- Dramé, M., Jovenin, N., Ankri, J., Somme , D., Novella, J., Gauvain, J., & Blanchard, F. (2004). La fragilité du sujet âgé : actualité-perspectives. *Gérontologie et société*. 27, 31-45. doi:10.3917/g.s.109.0031.
- DREES. (2016). *État de santé et dépendance des personnes*. Consulté à l'adresse <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/etat-de-sante-et-dependance-des-personnes-agees-en-institution-ou-a-domicile>

- DREES. (2017). *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre*. Consulté à l'adresse <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/l-accueil-des-personnes-agees-en-etablissement-entre-progression-et>
- Ennuyer, B. (2007). Où vivre dans son grand âge ? *Quand nos parents vieillissent. Prendre soin d'un parent âgé*. (pp. 139-149). Paris: Autrement.
- Guihard, J.-P. (1999). Interprofessionnalité ou interprovidence ? *Journal d'ergothérapie*, 21(3), pp. 91-95.
- Guitard, P. (1996). L'apprentissage expérientiel et l'ergothérapie : Compatibilité théorique et pratique. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 63(4), pp. 252-258.
- HAS. (2014). *Initiatives & Développement de Pratiques Collaboratives*. Consulté à l'adresse [https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1753319/fr/initiatives-developpement-de-pratiques-collaboratives-numero-special-juillet-2014](https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_1753319/fr/initiatives-developpement-de-pratiques-collaboratives-numero-special-juillet-2014)
- Henderson, V. (1994). *La nature des soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- INSEE. (2016). *Population par âge*. Consulté le 26/09/2017, sur INSEE: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
- Kalfat, H., & Sauzéon, H. (2009). Processus de vieillissement et vieillesse. *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, pp. 13-31. Marseille : Solal
- Kerzil, J. (2009). Constructivisme. *L'ABC de la VAE* (pp. 112-113). Toulouse: ERES.
- Kolb, D. (1984). The Process of Experiential Learning. Dans *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development* (pp. 20-42). New Jersey: Financial Times.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; Article L311-3. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id> Consulté le 17/09/2017
- Legendre, R. (2007). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin.
- Mace, G., & Pétry, F. (2017). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Laval : Presses de l'Université de Laval.

- Mallon, I. (2005). *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez soi*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Mantovani, J., Rolland, C., & Andrieu, S. (2008). *Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*. Récupéré sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud83.pdf>
- Meyer, S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*. Lausanne: EESP.
- Ministère de la santé et des solidarités. (2005). Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant. Récupéré sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010052.htm>
- Neyret-Chompre, V. (2002). Un groupe de parole en maison de retraite. *Empan n°48*, pp. 52-56. doi:10.3917/empa.048.0052.
- Nouvel, F. (2015). Fragilité et ergothérapie. *ergOTHérapies n°58*. pp. 5-7.
- OMS. (1993). *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)*. Consulté le 4 18, 2017, à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8518769>
- OMS. (2018). *Vieillesse et santé*. Consulté le 3 1, 2018, à l'adresse <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Personne, M. (2012). Introduction. *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements* (pp. 7-13). Toulouse: ERES.
- Raybois, M. (2014). Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants. *Psychologie du travail et des organisations vol 20*, pp. 91-104.
- Richou, E. (2008). Rencontre entre plusieurs intimités dans le milieu du soin : intimité de l'ergothérapeute et intimité de son patient. *ErgOTHérapies n°30*, 33-45.
- Roubidoux, M., Barrette, S., Mathieu, S., & Thomas, L. (2007). *Cadre de référence, collaboration interprofessionnelle*. Ecole en chantier, Université de Sherbrooke. Consulté le 01 12, 2018, sur <https://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>



- Shearer, T., & Guthrie, S. (2013). Facilitating early activities of daily living retraining to prevent functional decline in older adults . *Australian Occupational Therapy Journal* (60), 319-325. doi:10.1111/1440-1630.12070
- Tétreault, S., Blais-Michaud B., S., & Caire, J.-M. (2014). Méthodes de recherche pour explorer ce que l'autre pense, ressent, perçoit. Tétreault, S. & Guillez, P. *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 211-299). Louvain-la-Neuve: solal.
- Thomas, P., Hazif-Thomas, C., & Thomas, S. (2015). La qualité de l'accueil en EHPAD d'une personne âgée. *La revue de Gériatrie n°40*, pp. 417-426.
- Trachman, B. (2016). Quand la perte de son "chez soi" amène à la perte de soi . *Le journal des psychologues n°342*, 72-77.
- Tremblay, M., & Chevrier, J. (1993). L'apprentissage expérientiel : un modèle éducatif à intégrer au processus ergothérapique. *Canadian Journal of Occupation Therapy*, 60(5), pp. 263-270.
- Trépiéd, V. (2016). Solitude en EHPAD. L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société Vol.38/ n°149*, 91-104.
- Trouvé, E. (2008). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille: Solal.
- Vellas, B. (2015). Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Dans *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc* Consulté le 27/06/2017 à l'adresse <http://www.fragilite.org/livre-blanc.php>, pp. 9-25).

## Sommaire des annexes :

Annexe 1 : Grille Nationale AGGIR .....	I
Annexe 2 : Transcription de l'entretien exploratoire avec Mr X .....	II
Annexe 3 : Matrices théoriques de la variable indépendante .....	IV
Annexe 4 : Matrice théorique de la variable dépendante .....	V
Annexe 5 : Tableaux de construction des questions .....	VI
Annexe 6 : Autorisations destinées à E1 .....	IX
Annexe 7 : Autorisations destinées à AS1 .....	X
Annexe 8 : Autorisations destinées à E2 .....	XI
Annexe 9 : Autorisations destinées à AS2 .....	XII
Annexe 10 : Autorisations destinées à E3 .....	XIII
Annexe 11 : Autorisations destinées à AS3 .....	XIV
Annexe 12 : Verbatim E1 .....	XV
Annexe 13 : Verbatim AS 1 .....	XVIII
Annexe 14 : Verbatim E2 .....	XXI
Annexe 15 : Verbatim AS2 .....	XXV
Annexe 16 : Verbatim E3 .....	XXIX
Annexe 17 : Verbatim AS3 .....	XXXIII
Annexe 18 : Tableau de la variable indépendante en fonction des phrases brutes des participants .....	XXXVI
Annexe 19 : Tableau de la variable dépendante en fonction des phrases brutes des participants .....	XLIX
Annexe 20 : Tableau synthétique relatif aux variables en fonction du binôme 1 .....	LX
Annexe 21 : Tableau synthétique relatif aux variables en fonction du binôme 2 .....	LXIII
Annexe 22 : Tableau synthétique relatif aux variables en fonction du binôme 3 .....	LXVI
Annexe 23 : Codage des indicateurs et indices .....	LXIX
Annexe 24 : Tableau de présentation des participants .....	LXXIII
Annexe 25 : Tableau de résultats du codage relatif au binôme 1 .....	LXXIV
Annexe 26 : Tableau de résultats du codage relatif au binôme 2 .....	LXXV
Annexe 27 : Tableau de résultats du codage relatif au binôme 3 .....	LXXVI
Annexe 28 : Diagrammes représentant les résultats des variables des trois binômes ...	LXXVII



## Annexe 2 : Transcription de l'entretien exploratoire avec Mr X

1 **E : Dans un premier temps, j'aimerais vous connaître un petit peu mieux. Pouvez-vous**  
 2 **me décrire votre parcours, formations, lieux où vous avez et où actuellement vous**  
 3 **exercez ?**

4 Mr X : J'ai obtenu mon diplôme en 1997, j'ai travaillé en centre de rééducation traumatologique  
 5 et neurologique pendant une dizaine d'années, puis j'ai commencé à exercer en ESA (Equipe  
 6 spécialisée Alzheimer). Actuellement je travaille dans deux EHPAD, le premier est un poste à  
 7 25%, le second à 70 %. Euh, aussi j'ai fait du libéral il y a cinq ans, avec des patients âgés  
 8 toujours.

9 **E : Pouvez-vous me décrire votre poste dans les deux établissements où vous travaillez**  
 10 **actuellement ?**

11 Mr X : Oui, euh dans celui à 25%, c'est une création de poste alors j'en suis au début.  
 12 Actuellement, je mets en place tout le matériel nécessaire au positionnement. C'est très long,  
 13 car je ne suis là qu'un jour par semaine. Mais une fois terminé, je pourrais commencer mon  
 14 travail de réadaptation et pourquoi pas, mettre des ateliers en place, mais je n'y suis pas encore.  
 15 Dans le second établissement, j'y travaille déjà depuis 7 ans, au début ce n'était qu'un 50%,  
 16 aujourd'hui, j'ai mis en place des ateliers de stimulation cognitive le lundi et mercredi, cela  
 17 dure environ 1heure, et euh, ce ne sont jamais les mêmes personnes qui viennent. Le matin, je  
 18 fais ce que l'on appelle des « autonomies à la toilette » ce qui me permet de préconiser du  
 19 matériel par la suite. Je prends souvent ½ journée pour mon travail personnel : les devis, les  
 20 commandes aux revendeurs. J'interviens également auprès de l'équipe soignante, ils me  
 21 sollicitent dès qu'ils rencontrent un problème.

22 **E : D'accord, d'après ce que vous venez de me dire, la suite de l'entretien portera surtout**  
 23 **sur le travail dans ce second établissement. Pouvez-vous me décrire l'établissement ?**

24 Mr X : Il s'agit d'un EHPAD avec 120 lits, une dizaine est réservée pour les Soins palliatifs, où  
 25 une équipe mobile intervient. En plus, l'établissement dispose d'une UVP (Unité de vie  
 26 protégée), cette aile est sécurisée et destinée aux personnes qui déambulent avec risques de  
 27 fugue. Les résidents ont entre 60 et euh 104 ans pour le doyen.

28 **E : Au niveau des rééducateurs, êtes-vous le seul dans l'équipe ?**

29 Mr X : Non, il y a une psychomotricienne qui intervient à mi-temps et deux kinés libéraux qui  
 30 sont là, en tout, euh 2 jours par semaines.

31 **E : D'accord. Vous m'avez parlé d'actions réalisées auprès des aides-soignants, pouvez-**  
 32 **vous m'en dire plus ?**

33 Mr X : Oui, d'abord j'ai pu bénéficier d'une formation Gestes et Postures, alors j'ai pu former  
 34 les équipes dans ce sens. Ensuite, par exemple la semaine dernière une aide-soignante m'a  
 35 sollicité, ayant des problèmes lors de la toilette d'une résidente, j'ai donc réalisé une autonomie  
 36 à la toilette pour ensuite la conseiller. C'est une personne dont l'autonomie fluctue, il y a des  
 37 jours où elle pourra réaliser ses transferts seuls et faire sa toilette entièrement, et le lendemain,  
 38 plus rien, elle dit ne pas être capable. Alors, j'ai mis en place des aides-techniques et on a discuté  
 39 avec l'AS sur les moyens qu'elle peut adapter les jours « sans ».

40 **E : Oui, concernant les autonomies à la toilette, vous en réalisez pour tous les résidents ?**  
 41 **ou est-ce que c'est sur demande des équipes ?**

42 Mr X : Alors, depuis un an j'essaie d'en faire une lors de l'entrée du résident dans l'EHPAD.  
43 Avant, il n'y avait pas d'ergo, alors je faisais sur demande.

44 **E : Utilisez-vous cette autonomie comme une évaluation ou plutôt comme une activité**  
45 **thérapeutique en mise en situation ?**

46 Mr X : Euh, les deux, cela dépend vraiment du résident.

47 **E : D'accord, et comment transcrivez-vous les informations ?**

48 Mr X : surtout lors des réunions d'équipe. Il y en a une par semaine. C'est à ce moment-là que  
49 ressortent les problèmes ressentis par les aides-soignants. Après on a un projet de faire des  
50 pictogrammes pour la toilette, ce qui faciliterait le travail des AS, et permettrait de bien  
51 respecter la stimulation du résident. Parce que, oui, il y a pas mal d'AS en arrêt, ou en vacances,  
52 alors quand c'est des remplaçants, ils ne savent pas forcément, ou n'ont pas forcément le temps  
53 de stimuler efficacement la personne. Après on se sert également d'un logiciel informatique  
54 où je transcris mes synthèses.

55 **E : Par votre discours, j'entends que les rapports professionnels avec les AS, sont**  
56 **vraiment bénéfiques aux résidents, n'est-ce pas ?**

57 Mr X : En effet, je parle bien de collaboration entre nos deux professions, nous travaillons  
58 d'abord pour le bien-être du résident, au début j'étais frustré parce que certains disent « l'aide-  
59 soignant est payé pour me faire ma toilette, je ne vais pas me fatiguer », mais quand la personne  
60 a conscience que c'est bénéfique pour elle, les AS et moi, travaillons main dans la main pour  
61 maintenir ses capacités. C'est ce genre de personne qui va formuler « j'aimerais réaliser ma  
62 toilette avec le moins d'aide possible ». La collaboration, c'est vraiment nécessaire. Avant,  
63 dans l'EHPAD où je travaillais, c'était différent, je mettais des choses en place, qui  
64 n'aboutissait que rarement. Là, on voit la progression, et sans une entente professionnelle de  
65 qualité avec les AS, ce ne serait pas possible.

66 **E : Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions. Est-ce que vous souhaitez aborder**  
67 **d'autres points essentiels ?**

68 Mr X : Je suis heureux d'avoir pu vous aider, c'est bon pour moi.

## Annexe 3 : Matrices théoriques de la variable indépendante

Variable indépendante	Collaboration interprofessionnelle entre aide-soignant et ergothérapeute			
Indicateurs	Finalisation	Intériorisation	Formalisation	Gouvernance
Indices	Présence d'objectifs communs	Interactions et échange entre les professionnels	Utilisation d'outils communs	Centralisation des informations
	Reconnaissance des apports de l'autre professionnel	Connaissance des rôles et compétences interprofessionnelles	Existence de règles et protocoles	
		Reconnaissance de la plus-value de la collaboration		
Questions Ergothérapeute	3,4,6	1,2,5,11,13	6,9	13
Questions Aide-soignant	3,4,	1,2,5,7,10	6,	10

## Annexe 4 : Matrice théorique de la variable dépendante

Variable dépendante	Expérimentation active			
Indicateurs	Planification de l'activité	Mise en expérience du résident	Généralisation sur le long-terme	Nature des connaissances acquises
Indices	Connaissance du résident du rôle de l'ergothérapeute différent de celui de l'AS. Explication des objectifs	Posture de l'ergothérapeute : facilitateur d'apprentissage	Échange entre résident/aide-soignant sur les conclusions de l'intervention ergothérapique	Autocritique Rationnelles (qualité de la productivité) ou émotionnelles (qualité des interactions sociales ou émotionnelles)
	Accord du résident	Échange entre ergothérapeute et résident sur l'intervention	Application des conseils/AT vus pendant l'évaluation	
Questions ergothérapeutes	7	12	8,10,13	12
Questions aide-soignant			8,9,10	8

## Annexe 5 : Tableaux de construction des questions

## a) Construction de l'entretien destiné à l'ergothérapeute

Indicateurs	Objectifs liés aux indices	Questions	N° question
1 <sup>ère</sup> partie			
Intériorisation	Mettre à l'aise la personne et obtenir des informations sur sa pratique professionnelle	Pouvez-vous me décrire votre rôle dans la structure et depuis combien de temps vous y travaillez ?	1
	Comparer entre les binômes, la connaissance des rôles et compétences de chacun.	Pouvez-vous me décrire le rôle de l'AS dans la structure ?	2
Finalisation	Savoir si la notion d'interdépendance est présente	Dans quelles situations vont-ils faire appel à vous ?	3
		Dans quelles situations faites-vous appel à eux	4
Intériorisation	Cibler les caractéristiques significatives de la relation.	Comment qualifieriez-vous votre relation avec les AS ?	5
2 <sup>ème</sup> partie			
Formalisation Finalisation	Savoir si l'intervention est protocolisée et ainsi soutenue par la structure ou si elle est initiée par les AS, ce qui favoriserait la finalisation.	Par qui est initiée la demande d'intervention à la toilette ?	6
Planification de l'activité	Savoir comment se déroule la planification. S'il y a demande de l'accord du résident. Ainsi que, explication des objectifs de l'intervention.	Planifiez-vous cette activité avec le résident ?	7
Mise en expérience du résident	L'ergothérapeute doit avoir une posture facilitatrice d'apprentissage avec aménagement d'un environnement propice à l'apprentissage.	Quelle posture adoptez-vous pendant l'évaluation ?	8
Formalisation	Savoir à titre informatif, quel outil est utilisé et induire sur l'existence d'un outil en commun.	Utilisez-vous un outil particulier ?	9
Généralisation des apprentissages	Savoir s'il y a un suivi, et si le cycle expérientiel selon Kolb se reproduit.	Travaillez-vous les difficultés avec le résident ?	10
Intériorisation	Connaître s'il y a des interactions et échanges durant la toilette.	Les AS sont-ils présents lors de cette intervention ?	11



Mise en expérience du résident Nature des connaissances acquises	Le temps d'échange entre ergothérapeute et résident permet deux choses : L'élaboration d'un questionnement de la part du résident, induit par l'ergothérapeute. Ainsi que, amener à l'autocritique du résident sur l'intervention. Celles-ci peuvent être de nature émotionnelle ou rationnelle.	Existe-t-il un temps d'échange avec le résident à la suite de l'intervention ? Si oui, est-ce que vous lui demandez si cette intervention a eu un apport pour lui ?	12
Généralisation des apprentissages  Intériorisation  Gouvernance	Connaître les moyens d'interactions et échanges, de partage des informations.	Par quels moyens sont transmises les informations aux aides-soignants ?	13
3 <sup>ème</sup> partie			
	L'interlocuteur apporte des précisions sur ses propos. Permet de clôturer l'entretien	Souhaitez-vous évoquer des éléments non abordés lors de cet entretien qui vous semble pertinent ?	14

## b) Construction de l'entretien destiné à l'aide-soignant

Indicateurs	Objectifs	Questions	N° question
1 <sup>ère</sup> partie			
Intériorisation	Mettre à l'aise la personne en s'intéressant à sa pratique.	Pouvez-vous me décrire votre rôle dans la structure et depuis combien de temps vous y travaillez ?	1
	Comparer entre les binômes, la connaissance des rôles et compétences de chacun.	Pouvez-vous me décrire le rôle de l'ergo dans la structure ?	2
Finalisation	Savoir si la notion d'interdépendance est présente	Dans quelles situations faites-vous appel à l'ergothérapeute ?	3
		Dans quelles situations l'ergothérapeute fait appel à vous ?	4
Intériorisation	Cibler les caractéristiques significatives de la relation.	Comment qualifieriez-vous votre relation avec l'ergo ?	5

2 <sup>ème</sup> partie			
Formalisation	Savoir si l'intervention est protocolisée et ainsi soutenue par la structure ou si elle est initiée par les AS, ce qui favoriserait la finalisation.	Par qui est initiée la demande d'intervention de l'ergothérapeute pour la toilette ?	6
Intériorisation	Connaître s'il y a des interactions et échanges durant la toilette.	Etes-vous présent lors de cette évaluation	7
Généralisation sur le long-terme des apprentissages	Connaître la nature de l'échange entre résident/as sur les conclusions de l'intervention ergothérapique. Permet de vérifier l'expérimentation active et la fiabilité de leurs moyens de communication.	Avez-vous un échange avec le résident sur l'intervention ergothérapique ?	8
Généralisation sur le long-terme des apprentissages	Savoir si l'information est passée et s'il existe un impact de l'intervention ergothérapique.	Les conseils et AT préconisés par l'ergothérapeute sont-ils utilisés au quotidien par le résident ?	9
Généralisation des apprentissages Intériorisation Gouvernance	Connaître les moyens de communication permettant le suivi du résident entre les deux professionnels. Réponds également à la centralisation des informations.	Par quels moyens sont transmises les informations entre vous et l'ergothérapeute ?	10
3 <sup>ème</sup> partie			
	L'interlocuteur apporte des précisions sur ses propos. Permet de clôturer l'entretien	Souhaitez-vous évoquer des éléments non abordés lors de cet entretien ?	11

## Annexe 6 : Autorisations destinées à E1

**Autorisation de consentement éclairé**

Votre participation à ce travail d'initiation à la recherche ergothérapique est requise pour un entretien d'environ 15 minutes. Cet entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions concernant votre pratique professionnelle. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin de faciliter la retranscription des données.

Je soussigné(e) ..... *A.* ..... *G.* ..... déclare accepter, librement, et de manière éclairée, participer à l'entretien mené par Mlle TOILLIEZ Océane dans le cadre de la réalisation d'un travail d'initiation à la recherche en ergothérapie. Accepter volontairement de participer à cette recherche m'autorise à retirer mon consentement, sans justification et à n'importe quel moment.

**Autorisation d'enregistrement audio et d'exploitation des données enregistrées**

Je soussigné(e) ..... *A.* ..... *G.* ..... autorise Mlle TOILLIEZ Océane

- A réaliser à l'aide d'un dictaphone, l'entretien correspondant à la phase expérimentale d'un travail d'initiation à la recherche en Ergothérapie.
- A utiliser les données, sous leurs formes enregistrées et/ou sous la forme transcrite anonymisée à des fins de recherches scientifiques.

Mlle TOILLIEZ Océane s'engage à anonymiser les données enregistrées. Cela induit l'utilisation de pseudonymes et de remplacer toutes les informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la loi relative au respect du droit de l'image et au respect de la vie privée.

Fait à .. *S* ..... le *5/3/18* ..... en deux exemplaires

Signatures :

Le participant



L'investigateur



## Annexe 7 : Autorisations destinées à AS1

**Autorisation de consentement éclairé**

Votre participation à ce travail d'initiation à la recherche ergothérapique est requise pour un entretien d'environ 15 minutes. Cet entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions concernant votre pratique professionnelle. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin de faciliter la retranscription des données.

Je soussigné(e) ..... P. .... S. .... déclare accepter, librement, et de manière éclairée, participer à l'entretien mené par Mlle TOILLIEZ Océane dans le cadre de la réalisation d'un travail d'initiation à la recherche en ergothérapie. Accepter volontairement de participer à cette recherche m'autorise à retirer mon consentement, sans justification et à n'importe quel moment.

**Autorisation d'enregistrement audio et d'exploitation des données enregistrées**

Je soussigné(e) ..... P. .... S. .... autorise Mlle TOILLIEZ Océane

- A réaliser à l'aide d'un dictaphone, l'entretien correspondant à la phase expérimentale d'un travail d'initiation à la recherche en Ergothérapie.
- A utiliser les données, sous leurs formes enregistrées et/ou sous la forme transcrite anonymisée à des fins de recherches scientifiques.

Mlle TOILLIEZ Océane s'engage à anonymiser les données enregistrées. Cela induit l'utilisation de pseudonymes et de remplacer toutes les informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la loi relative au respect du droit de l'image et au respect de la vie privée.

Fait à .. S. .... le .. 5/3/18 ..... en deux exemplaires

Signatures :

*P. .... S. ....*

Le participant

L'investigateur

*[Signature]*

Annexe 8 : Autorisations destinées à E2

**Autorisation de consentement éclairé**

Votre participation à ce travail d'initiation à la recherche ergothérapique est requise pour un entretien d'environ 15 minutes. Cet entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions concernant votre pratique professionnelle. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin de faciliter la retranscription des données.

Je soussigné(e) M<sup>me</sup> N. N. déclare accepter, librement, et de manière éclairée, participer à l'entretien mené par Mlle TOILLIEZ Océane dans le cadre de la réalisation d'un travail d'initiation à la recherche en ergothérapie. Accepter volontairement de participer à cette recherche m'autorise à retirer mon consentement, sans justification et à n'importe quel moment.

**Autorisation d'enregistrement audio et d'exploitation des données enregistrées**

Je soussigné(e) M<sup>me</sup> N. N. autorise Mlle TOILLIEZ Océane

- A réaliser à l'aide d'un dictaphone, l'entretien correspondant à la phase expérimentale d'un travail d'initiation à la recherche en Ergothérapie.
- A utiliser les données, sous leurs formes enregistrées et/ou sous la forme transcrite anonymisée à des fins de recherches scientifiques.

Mlle TOILLIEZ Océane s'engage à anonymiser les données enregistrées. Cela induit l'utilisation de pseudonymes et de remplacer toutes les informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la loi relative au respect du droit de l'image et au respect de la vie privée.

Fait à

T. ..... le 8/3/18 ..... en deux exemplaires

Signatures :

Le participant



L'investigateur



## Annexe 9 : Autorisations destinées à AS2

**Autorisation de consentement éclairé**

Votre participation à ce travail d'initiation à la recherche ergothérapique est requise pour un entretien d'environ 15 minutes. Cet entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions concernant votre pratique professionnelle. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin de faciliter la retranscription des données.

Je soussigné(e) ..... déclare accepter, librement, et de manière éclairée, participer à l'entretien mené par Mlle TOILLIEZ Océane dans le cadre de la réalisation d'un travail d'initiation à la recherche en ergothérapie. Accepter volontairement de participer à cette recherche m'autorise à retirer mon consentement, sans justification et à n'importe quel moment.

**Autorisation d'enregistrement audio et d'exploitation des données enregistrées**

Je soussigné(e) ..... autorise Mlle TOILLIEZ Océane

- A réaliser à l'aide d'un dictaphone, l'entretien correspondant à la phase expérimentale d'un travail d'initiation à la recherche en Ergothérapie.
- A utiliser les données, sous leurs formes enregistrées et/ou sous la forme transcrite anonymisée à des fins de recherches scientifiques.

Mlle TOILLIEZ Océane s'engage à anonymiser les données enregistrées. Cela induit l'utilisation de pseudonymes et de remplacer toutes les informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la loi relative au respect du droit de l'image et au respect de la vie privée.

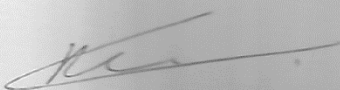
Fait à

..... le 21/02/18 en deux exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur




## Annexe 10 : Autorisations destinées à E3

**Autorisation de consentement éclairé**

Votre participation à ce travail d'initiation à la recherche ergothérapique est requise pour un entretien d'environ 15 minutes. Cet entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions concernant votre pratique professionnelle. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin de faciliter la retranscription des données.

Je soussigné(e) ..... A ..... B ..... déclare accepter, librement, et de manière éclairée, participer à l'entretien mené par Mlle TOILLIEZ Océane dans le cadre de la réalisation d'un travail d'initiation à la recherche en ergothérapie. Accepter volontairement de participer à cette recherche m'autorise à retirer mon consentement, sans justification et à n'importe quel moment.

**Autorisation d'enregistrement audio et d'exploitation des données enregistrées**

Je soussigné(e) ..... A ..... B ..... autorise Mlle TOILLIEZ Océane

- A réaliser à l'aide d'un dictaphone, l'entretien correspondant à la phase expérimentale d'un travail d'initiation à la recherche en Ergothérapie.
- A utiliser les données, sous leurs formes enregistrées et/ou sous la forme transcrite anonymisée à des fins de recherches scientifiques.

Mlle TOILLIEZ Océane s'engage à anonymiser les données enregistrées. Cela induit l'utilisation de pseudonymes et de remplacer toutes les informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la loi relative au respect du droit de l'image et au respect de la vie privée.

Fait à

..... S ..... le 9/03/2018 ..... en deux exemplaires

Signatures :

Le participant



L'investigateur



## Annexe 11 : Autorisations destinées à AS3

**Autorisation de consentement éclairé**

Votre participation à ce travail d'initiation à la recherche ergothérapique est requise pour un entretien d'environ 15 minutes. Cet entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions concernant votre pratique professionnelle. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin de faciliter la retranscription des données.

Je soussigné(e) ... D. ... M. .... déclare accepter, librement, et de manière éclairée, participer à l'entretien mené par Mlle TOILLIEZ Océane dans le cadre de la réalisation d'un travail d'initiation à la recherche en ergothérapie. Accepter volontairement de participer à cette recherche m'autorise à retirer mon consentement, sans justification et à n'importe quel moment.

**Autorisation d'enregistrement audio et d'exploitation des données enregistrées**

Je soussigné(e) ..... D. .... M. .... autorise Mlle TOILLIEZ Océane

- A réaliser à l'aide d'un dictaphone, l'entretien correspondant à la phase expérimentale d'un travail d'initiation à la recherche en Ergothérapie.
- A utiliser les données, sous leurs formes enregistrées et/ou sous la forme transcrite anonymisée à des fins de recherches scientifiques.

Mlle TOILLIEZ Océane s'engage à anonymiser les données enregistrées. Cela induit l'utilisation de pseudonymes et de remplacer toutes les informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la loi relative au respect du droit de l'image et au respect de la vie privée.

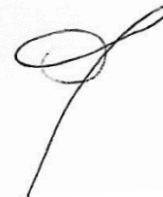
Fait à

..S. .... le 30.03.18.. en deux exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur



## Annexe 12 : Verbatim E1

1 **O : L'entretien va se dérouler en trois parties, la première est générale sur votre pratique**  
 2 **et celle de l'aide-soignant, la seconde est spécifique à la toilette du résident. Enfin, la**  
 3 **dernière instaure la conclusion de notre entretien. Pouvons-nous commencer ?**

4 E1 : Oui, bien sûr.

5 **O : Pouvez-vous me décrire le rôle que vous avez au sein de la structure et depuis quand**  
 6 **vous y travaillez ?**

7 E1 : Je suis ergothérapeute depuis 2009, mon principal rôle c'est la gestion du matériel, après  
 8 je fais de la rééducation, ainsi que l'évaluation des résidents dans les actes de la vie quotidienne.

9 **O : D'accord, que savez-vous du rôle de l'AS dans la structure ?**

10 E1 : C'est la personne de référence pour toutes les informations dont j'ai besoin. Sur la famille,  
 11 les habitudes de vies antérieures. Elles sont présentes pour le lever, la mise au fauteuil, la  
 12 toilette, le repas, elles font les activités, elles font les coucher. Elles sont là h24 avec le résident,  
 13 et ce sont elles qui les connaissent le mieux, qui savent reconnaître un trouble du comportement  
 14 ou autre.

15 **O : Dans quelles situations les AS font-elles appel à vous principalement ? Lorsqu'il y a**  
 16 **besoin de matériel si j'ai bien compris, et après ?**

17 E1 : Après c'est quand il y a un souci avec le résident, mais c'est plus au niveau des transferts,  
 18 au niveau de la marche.

19 **O : Est-ce que ça vous arrive de faire appel à elles ?**

20 E1 : Elles sont plus proches des résidents, elles savent mieux comment est la personne au  
 21 quotidien. Au niveau du trouble du comportement, dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas  
 22 chez un résident, elles le sentent de suite. Alors elles m'en informent pour que j'intervienne  
 23 avec ma casquette d'ergothérapeute.

24 **O : d'accord. Elles vous informent comment ?**

25 E1 : Vous avez vu en rentrant, mon bureau est juste à côté du leur, alors elles viennent me voir.  
 26 Si je ne suis pas là, elles m'appellent.

27 **O : Si vous deviez qualifier la relation que vous avez avec les AS en 3 mots, lesquels**  
 28 **seraient-ils ?**

29 E1 : C'est dur comme question, plutôt bonne. On travaille en équipe pour le résident, on a des  
 30 objectifs en communs, c'est la qualité de vie du résident.

31 **O : Dans mon travail de recherche, je m'intéresse plus particulièrement à l'activité toilette**  
 32 **du résident. Du coup, je voulais savoir par qui la demande d'évaluation est initiée.**

33 E1 : Alors, là c'est en train de changer. Avant, je faisais des toilettes évaluatives de tous les  
 34 résidents qui arrivent. Là en fait, il y a 5 unités composées d'une vingtaine de résidents chacune,  
 35 et chaque jour je vais voir une unité. Donc après soit il y a des nouveaux résidents, donc je vais  
 36 évaluer le nouveau résident. Soit, j'aide les aides-soignants dans leurs toilettes. Si c'est une  
 37 toilette lourde, on le fait à deux. Si c'est une personne avec des capacités, je la fais seule. Ça  
 38 dépend.

39 **O : Quels sont vos objectifs lors de cette évaluation ?**

40 E1 : D'évaluer les capacités et incapacités de la personne afin qu'elle puisse réaliser cette  
41 activité si c'est signifiant pour elle.

42 **O : planifiez-vous l'activité avec le résident en amont ?**

43 E1 : Non, je n'ai pas le temps entre son arrivée et l'activité. Alors j'y vais le matin même.

44 **O : cela vous arrive-t-il qu'un résident ne soit pas d'accord pour que vous interveniez ?**

45 E1 : Je leur demande, mais c'est plutôt une question rhétorique.

46 **O : Utilisez-vous un outil validé ou une grille d'observation ?**

47 E1 : J'ai ma trame d'observation oui, dans la tête.

48 **O : D'accord, quelle posture adoptez-vous durant l'évaluation ?**

49 E1 : Je lui explique que je suis là pour l'évaluer pour faciliter ensuite la prise en charge des  
50 aides-soignants. Ainsi, je n'interviens pas du tout. Quand il me dit qu'il ne peut pas faire telle  
51 ou telle partie du corps alors j'interviens. J'ai vraiment un rôle d'observateur.

52 **O : Si vous voyez qu'il a des difficultés pour effectuer sa toilette, comment réagissez-**  
53 **vous ?**

54 E1 : Justement j'interviens pour l'aider.

55 **O : ça marche, à la suite de l'évaluation, avez-vous des objectifs ergothérapeutique ? Que**  
56 **vous allez par la suite travailler en séances de groupe ou individuelles ?**

57 E1 : Pas du tout.

58 **O : Pourquoi ? Par manque de temps ?**

59 E1 : non, parce que ça n'a pas d'utilité ici.

60 **O : Mettez-vous en place des aides-techniques pour le résident ?**

61 E1 : oui, des sièges de douches principalement.

62 **O : Prévoyez-vous des aides-techniques en amont de l'intervention ?**

63 E1 : comme ?

64 **O : Des brosses à long manche par exemple ?**

65 E1 : Non, mais ce n'est pas bête du tout. Ça faciliterait la vie de certains résidents. On en a  
66 quelques-unes en plus.

67 **O : D'accord. Est-ce que vous pensez, bien que ce soit récent, est-ce que vous pensez**  
68 **intervenir plusieurs fois avec un résident ?**

69 E1 : Oui s'il y a des problèmes qui reviennent.

70 **O : à la suite d'une toilette, comment sont transmises les informations aux AS ?**

71 E1 : Soit à l'oral directement, ou alors on a un logiciel net-soins, je rentre les informations dans  
72 ma partie, mais je pense que ce n'est pas regardé par les aides-soignants

73 **O : Et lors des réunions ?**

74 E1 : oui, on a un staff par semaine, où je suis amenée à faire mes conclusions sur les évaluations  
75 de la toilette, où je peux par ailleurs expliquer mes idées d'aides-techniques.

76 **O : Vous avez une réunion par semaine par unité ?**

77 E1 : on parle de deux unités par semaines

78 **O : d'accord.**

79 E1 : Donc des fois ça peut-être très long, parce qu'on ne parle pas de chaque unité chaque  
80 semaine. A part s'il y a un problème urgent.

81 **O : Est-ce que quand vous avez fait l'évaluation de la toilette, vous avez un temps  
82 d'échange avec le résident ?**

83 E1 : Je vais parler avec eux pendant l'évaluation. Quelques minutes.

84 **O : Comment se déroule cet échange ?**

85 E1 : c'est moi qui vais lui dire ce qui va bien. Et je ne lui dis pas ce qui s'est mal passé. Je parle  
86 toujours des capacités.

87 **O : D'accord.**

88 E1 : je lui dis vous avez besoin d'aide. En général c'est le dos, les pieds.

89 **O : et à la fin de l'intervention, est-ce que vous lui demandez ce qu'il ressent ?**

90 E1 : Non pas vraiment, j'ai passé environ 45 minutes avec lui, après j'avoue que ça s'enchaîne  
91 et que je ne prends pas forcément le temps

92 **O : Avez-vous mis en place un outil commun avec les AS, qui renseignent les capacités et  
93 incapacités de la personne ?**

94 E1 : Non, c'est marqué dans le logiciel. Aide totale/aide partielle. Comme les soignants les  
95 voient tous les jours, ils savent. Après c'est en théorie, je ne pense pas qu'ils regardent. Après  
96 y'en a c'est des problèmes de fonctions exécutives, donc ils préparent en amont le matériel.  
97 Comme ça ils vont voir quelque'un d'autre et ils reviennent.

98 **O : Avez-vous une idée de la manière dont procèdent les aides-soignants lors des toilettes ?**

99 E1 : ça dépend des soignants, Ça dépend s'il manque du personnel. Ils essaient au maximum  
100 de laisser-faire. Mais c'est compliqué. Quand on est à l'école on nous dit : laissez faire ! mais  
101 moi je mets 30 à 40 min pour faire la toilette. Elles n'ont pas ce temps-là. Souvent ils  
102 commencent la toilette, ils vont en voir une autre. Elles ne sont pas tout le temps là pour voir  
103 les gestes de la personne :

104 **O : L'entretien touche à sa fin, souhaitez-vous évoquer des éléments non abordés lors de  
105 cet entretien qui vous semblent pertinents ?**

106 E1 : non, tout est ok pour moi.

107 **O : alors merci beaucoup de m'avoir consacré du temps et d'avoir partagé votre  
108 expérience.**

## Annexe 13 : Verbatim AS 1

1 **O : L'entretien va se dérouler en trois parties, la première est générale sur votre pratique**  
 2 **et celle de l'ergothérapeute, la seconde est spécifique à la toilette du résident. Enfin, la**  
 3 **dernière instaure la conclusion de notre entretien. Pouvons-nous commencer ?**

4 AS 1 : Allons-y

5 **O : Pouvez-vous me décrire votre rôle au sein de la structure et depuis quand vous y**  
 6 **exercez ?**

7 AS 1 : ça fait bientôt 4 ans, et le rôle que j'ai, je suis dans une unité sécurisée après c'est assez  
 8 compliqué selon les résidents que l'on a, les comportements, comme ce sont des personnes qui  
 9 sont pratiquement toutes démentes, la prise en charge c'est particulier. On n' a pas toujours les  
 10 gestes qu'on devrait avoir parce que la personne va être agité ou autre, et qu'on va devoir la  
 11 rattraper au dernier moment parce qu'elle va être agitée. Je pense qu'avec les personnes qui  
 12 sont démentes et qui ont des gestes un peu brusques parfois on peut se faire plus facilement mal  
 13 plutôt qu'avec des personnes qui vont comprendre nos demandes, et tout ça.

14 **O : Et une journée type pour vous, ce serait ?**

15 AS 1 : Alors le matin on a les toilettes, environ 8 à 9 toilettes par soignant si on est au complet.  
 16 Après les soins en général on finit vers 11h, on descend les poubelles, le linge à la lingerie.  
 17 Après on a la kitchenette, c'est-à-dire, les bols des petits-déj à nettoyer et à préparer pour le  
 18 lendemain. A 11h45 on va les descendre en salle à manger, donc on accompagne tous les  
 19 résidents en salle à manger au rez-de-chaussée. Ils finissent en général vers 1h, après on a la  
 20 roulante, elle nous aide à remonter les résidents. Après on a les changes, à 14h, c'est-à-dire pour  
 21 les personnes qu'il faut emmener en toilette tout ça. Après on a les activités, de 14h à 16h.

22 **O : c'est vous qui faites les activités ?**

23 AS 1 : oui oui c'est nous. Après vers 15h30 c'est le gouter soit c'est gouter convivial soit gouter  
 24 simple, en fonction pareil, de leurs états du jour. Après on a une dame à coucher un peu plus  
 25 tôt, car elle est en demande du lit et très fatiguée. Donc on a encore un transfert. Ensuite, de 16  
 26 h à 17h, on refait des activités ou des trucs individuels genre on va les masser les choses comme  
 27 ça. De 17 à 18h, pareil. 18h15 on les descend de nouveau pour le repas. Et c'est les coucher.

28 **O : d'accord ça marche ! C'est assez ...**

29 AS1 : rempli

30 **O : Oui j'imagine (rires). Selon vous quel est le rôle de l'ergothérapeute ?**

31 AS 1 : alors euh, elle va gérer le matériel et nous donner des conseils parfois sur les résidents.

32 **O : Pouvez-vous me décrire le rôle de l'ergothérapeute ?**

33 Alors, euh, elle est là pour faire les évaluations à la toilette et le matériel.

34 **O : Dans quelles situations avez-vous à faire appel à l'ergothérapeute ?**

35 AS 1 : Euh, c'est compliqué, parfois c'est plus du matériel on ne sait pas comment ça marche,  
 36 ou on ne s'en est jamais servi.

37 **O : oui, surtout le matériel de transfert je suppose**

38 AS 1 : oui surtout ! ou les matelas à air, ou les manettes des lits qui ne marchent pas, alors plutôt  
 39 qu'appeler l'homme d'entretien, on appelle l'ergo. Après pour les transferts, selon les personnes,

40 si elle a des consignes ou des conseils pour nous faciliter le transfert. Après c'est vrai qu'on a  
 41 beaucoup de personnes qui déambulent donc au niveau manipulations c'est pas trop lourd en  
 42 ce moment

43 **O : Est-ce que ça lui arrive de faire appel à vous ?**

44 AS 1 : oui, si elle a besoin de nous expliquer des choses, si un dispositif est nouveau. Et pour  
 45 les informations, si elle a besoin de quelque chose, genre les chaussures, elle trouve les  
 46 informations auprès de nous.

47 **O : Si vous deviez décrire votre relation avec l'ergo en 3 mots, lesquels seraient-ils ?**

48 AS 1 : Euh, c'est à dire ? Elle est présente ...

49 **O : la relation, pas l'ergothérapeute**

50 AS 1 : oui oui, présente, dès qu'on lui demande elle est disponible, après c'est vrai qu'elle aide  
 51 plus les unités plus lourdes, disponible, présente et efficace, quand on a besoin de quelque chose  
 52 elle est réceptive. Tout ce qui est réglage de fauteuils, cale pied c'est elle aussi.

53 **O : Nous avons terminé la première partie de l'entretien, je vous propose de passer à la**  
 54 **deuxième partie de l'entretien, ça va être sur l'activité toilette.**

55 AS 1 : très bien

56 **O : Dans ce service, comment se déroule la toilette ?**

57 AS 1 : comme on a des personnes qui sont démentes, et donc moins capables de faire seules  
 58 que d'autres, on essaye de favoriser les personnes qui y arrivent encore. Certains arrivent encore  
 59 à se faire le haut du corps, le visage, donc notre objectif c'est de préserver cela. On prend le  
 60 temps pour ça. Soit on les fait en premier, et on gère notre temps après, soit le contraire. On  
 61 discute pas mal. Par contre, aujourd'hui par exemple il manquait quelqu'un, donc c'est vraiment  
 62 plus compliqué. En général, on essaye pour les personnes qui arrivent encore, de maintenir  
 63 l'autonomie.

64 **O : quels sont vos objectifs lorsque vous intervenez chaque matin ?**

65 AS 1 : Euh, ben que la personne se sente bien, qu'elle soit propre même si ses capacités ne lui  
 66 permettent plus. Le but c'est quand même l'autonomie.

67 **O : quand l'ergo intervient, qui fait la demande ?**

68 AS 1 : soit c'est nous qui demandons, soit c'est la MM.

69 **O : La MM ?**

70 AS 1 : La maitresse de maison, la chef des aides-soignants en quelque sorte

71 **O : d'accord**

72 AS 1 : Des fois c'est l'ide aussi, on leur dit, on a eu du mal avec telle personne, du coup l'ergo  
 73 va recevoir le message et intervenir c'est vrai qu'elle est assez disponible donc n'importe qui  
 74 peut lui dire et selon son planning elle intervient assez rapidement.

75 **O : quand elle fait une évaluation à la toilette, êtes-vous présent ?**

76 AS 1 : quand c'est par exemple l'évaluation d'un nouveau résident, pas forcément

77 Si c'est par rapport à une altération de la personne, à un déclin, oui plus souvent.

78 **O : Par quels moyens sont transmises les informations ?**

79 AS 1 : elle nous le dit à l'oral, ce qu'il faut qu'on fasse, ou pas. Son bureau est juste à côté,  
80 donc c'est pratique pour discuter dans le couloir. Sur net-soin elle met « aide totale/aide  
81 partielle » du coup, si on n'est pas là juste après la toilette on n'a pas toujours le détail.

82 On se voit pendant les réunions, mais vu qu'ici, il y a seulement deux unités sur cinq par  
83 semaines, les messages ne passent pas toujours

84 **O : Après intervention de l'ergo, est-ce que vous discutez avec le résident de son**  
85 **intervention ?**

86 AS 1 : non, ça ne se fait pas trop.

87 **O : D'accord. Les conseils et aides-techniques qu'elle préconise sont-ils utilisés au**  
88 **quotidien par la personne ?**

89 AS 1 : J'imagine, je ne sais pas trop les conseils qu'elle donne. Vous me faites réaliser que ce  
90 serait intéressant de lui demander. Je pense qu'elle fait plutôt ça pour nous, pour nous faciliter  
91 la vie.

92 **O : L'entretien touche à sa fin, souhaitez-vous évoquer des éléments non abordés lors de**  
93 **cet entretien qui vous semblent pertinents ?**

94 AS 1 : Non j'espère juste vous avoir aidé, et avoir bien répondu à vos questions.

95 **O : oh vous savez, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je vous remercie,**  
96 **grandement de m'avoir consacré du temps.**

97 AS 1 : Merci à vous

## Annexe 14 : Verbatim E2

1 **O : L'entretien va se dérouler en trois parties, la première est générale sur votre pratique**  
 2 **et celle de l'aide-soignant, la seconde est spécifique à la toilette du résident. Enfin, la**  
 3 **dernière instaure la conclusion de notre entretien. Pouvons-nous commencer ?**

4 E2 : Oui

5 **O : Pouvez-vous me décrire votre rôle au sein de la structure et depuis quand vous y**  
 6 **exercez ?**

7 E2 : Alors moi j'ai surtout un rôle au niveau de l'évaluation, donc moi je suis là à  $\frac{3}{4}$  temps. Je  
 8 suis là pour évaluer les capacités d'autonomie évaluer les besoins en aménagements au niveau  
 9 de la chambre, au niveau du matériel et donc je participe à l'élaboration des plans de soins.

10 **O : D'accord pouvez-vous me décrire le rôle de l'AS ?**

11 E2 : L'AS c'est le soignant qui accompagne tout au long de la journée la personne, dans toutes  
 12 ses activités de la vie quotidienne. Du lever jusqu'au coucher. Elle fait les repas, les toilettes,  
 13 les changes, les activités.

14 **O : Dans quelles situations vont-elles faire appel à vous ?**

15 E2 : Alors, elles vont faire appel à moi quand il y'a une nouvelle personne qui rentre, pour  
 16 qu'on se concerte sur la manière d'aborder la PEC de la personne. Est-ce qu'on va être très très  
 17 autonomisant, ou un peu moins en fonction de l'état de la personne. Il y a vraiment une  
 18 discussion sur le plan de soin. Elles vont faire appel à moi si elles sentent qu'il y a un besoin en  
 19 matériel, parce que c'est moi qui attribue le matériel à chaque personne. Elles vont faire appel  
 20 à moi si elles sentent qu'il y a une chute dans l'autonomie de la personne donc elle me demande  
 21 de refaire une évaluation afin d'adapter de nouveau la PEC. S'il y'a un matelas à air qui sonne,  
 22 elles m'appellent (Rire).

23 **O : Super, et inversement ? Quand est-ce que vous faites appel à elles ?**

24 E2 : Moi je les appelle pour avoir des informations sur comment se déroule le quotidien de la  
 25 personne. Est-ce qu'elle a bien dormi, à t-elle des difficultés à prendre les repas ? Tout ce que  
 26 j'ai besoin de savoir sur le quotidien, c'est elles que j'appelle. Ce sont mes yeux et mes oreilles.  
 27 Je les appelle pour les informer de mes différentes interventions, par exemple si j'ai rencontré  
 28 la famille, si j'ai eu un entretien avec la personne, tout ce qui pourrait être utile dans leurs PEC.

29 **O : Quels sont les moyens de communication que vous utilisez ?**

30 E2 : ah bah on a chacune un téléphone, après on se voit pendant les pauses, et puis il y a des  
 31 réunions pour cela aussi.

32 **O : pouvez-vous me donner 3 mots qui qualifient votre relation avec elles ?**

33 E2 : Hum. Ce n'est pas facile...

34 **O : oui je sais, je vais peut-être la simplifier cette question.**

35 E2 : Non, elle est très intéressante. Hum, notre relation c'est la confiance et la disponibilité  
 36 surtout, c'est ça qui est important. Parce que quand elles ont besoin d'aide, c'est tout de suite  
 37 et pas dans un mois. Mon rôle c'est d'être à leur écoute et d'être disponible.

38 **O : D'accord, on va maintenant parler plus spécifiquement de la réalisation de la toilette**  
 39 **du résident si cela vous convient. Donc si j'ai bien compris, vous évaluez à l'entrée de la**

40 **personne dans le service, et vous réévaluez si besoin s'il y a chute de l'autonomie. Utilisez-**  
 41 **vous un outil particulier ?**

42 E2 : Oui, la grille yllief, pour le côté pratico-pratique, qui est que la personne peut ou ne peut  
 43 pas faire. Et la toilette rentre aussi dans mon bilan d'autonomie un peu plus global, j'ai créé un  
 44 outil qui se base sur le SMAF, c'est un outil canadien qui a été développé pour plutôt le  
 45 domicile, donc je l'ai adapté à l'institution, il reprend les différents domaines de la VQ et ça me  
 46 permet d'avoir une cotation suivie sur plusieurs mois.

47 **O : Ok, qui initie la demande de l'évaluation ?**

48 E2 : Si c'est pour une entrée, j'y vais automatiquement sans qu'on me le demande, c'est marqué  
 49 sur ma fiche de poste de faire un bilan d'entrée. Après c'est souvent les AS parce que c'est eux  
 50 qui voient s'il y a un souci, sinon ça peut être les IDE, qui peuvent aussi remarquer un problème  
 51 et demander mon intervention.

52 **O : L'évaluation à la toilette est-elle programmée avec le résident ?**

53 E2 : Oui bien sûr je regarde mon planning et en fonction du jour, je vais voir le résident la veille  
 54 pour lui demander son accord.

55 **O : Est-ce que parfois, ils refusent ?**

56 E2 : Des fois ils ne comprennent pas trop la différence entre moi et l'AS. Alors j'insiste bien,  
 57 pour l'évaluation que je ne suis pas là pour lui faire la toilette, mais pour regarder ce qu'il sait  
 58 ou ne sait pas faire. Que j'interviens que s'il ne peut pas du tout le faire. Je précise bien à chaque  
 59 fois que c'est pour lui, pour adapter son accompagnement. Et, normalement ils ne refusent pas.

60 **O : quels sont vos principaux objectifs lors de cette intervention ?**

61 E2 : L'autonomie du résident tout d'abord. Ensuite c'est de soulager un maximum le travail des  
 62 aides-soignants.

63 **O : les AS sont-ils présents pendant cette évaluation ?**

64 E2 : Non, non je suis seule à l'entrée. Je demande qu'il y ait une AS si c'est une toilette au lit,  
 65 parce que j'ai moins l'habitude, je suis plus à l'aise avec des piétons. S'il y a un soin technique  
 66 que je ne sais pas faire, alors je demande de l'aide. Mais je préfère être seule parce que je n'ai  
 67 pas la même approche que les AS, donc moi je peux prendre 40 minutes pour une toilette, alors  
 68 que l'AS n'a pas le temps. Moi, je vais avoir beaucoup plus de temps pour questionner, sa  
 69 manière de faire, ou s'il y a des angoisses par exemple, et ça me donnent beaucoup plus de  
 70 liberté.

71 **O : D'accord, et justement comment cela se déroule pour les AS ? Est-ce qu'elles ont du**  
 72 **temps pour laisser-faire, ou la contrainte temporelle les oblige à faire vite ?**

73 E2 : Bah, dans l'idéal, on est plutôt dans le faire faire ou faire avec. Après je suis consciente  
 74 que pour des personnes qui ont des temporalités extrêmement longues, où le soin est très  
 75 chronophage, ça va être plutôt faire pour. Alors à ce moment-là, faut entendre la contrainte  
 76 temporelle de l'as, elle est la 12h par jour, elles ont si je ne dis pas de bêtises, 13 résidents  
 77 chacun, donc ça fait moins d'une heure pour chaque résident dans la journée, donc à ce moment-  
 78 là si la personne prend trop de temps on va favoriser le faire faire ou faire avec, sur une partie  
 79 de la toilette. On va lui demander de participer pour la toilette du visage, ou la toilette des  
 80 mains. Il y a des choses qui vont être plus compliquées et à ce moment elles font pour elles.

81 **O : quelle posture adoptez-vous durant l'activité ?**



82 E2 : Je vais stimuler, pousser à la réflexion. Je n'interviens pas si je pense que la personne en  
 83 est capable, au contraire, quand en effet elle y arrive, j'insiste sur le fait qu'elle la fait seule.  
 84 Quand c'est trop compliqué pour elle, je vais être là pour pallier aux difficultés, mais à part  
 85 pour le dos et les pieds, généralement elles y arrivent et j'insiste aussi pour leur montrer qu'elles  
 86 y sont arrivées pratiquement toutes seules.

87 **O : ok. Lorsque vous faites une toilette évaluative, avez-vous une discussion, un temps**  
 88 **d'échange avec le résident ?**

89 E2 : ça va dépendre du profil cognitif du résident

90 **O : oui, dans le cas où ce n'est pas une personne présentant une démence, mais seulement**  
 91 **un vieillissement dit non pathologique.**

92 E2 : Si c'est une personne cohérente, oui on en discute, en fin d'évaluation je lui dis « bah voilà,  
 93 ce que j'ai vu. Les soucis que j'ai remarqués sont. Je pense que ça pourrait être bénéfique pour  
 94 vous que l'AS vienne pour tel ou tel partie du corps. Est-ce que vous êtes d'accord ou pas ? »

95 Il y a des personnes qui arrivent ici, pour qui la toilette est un moment très compliqué, elles  
 96 n'ont pas forcément envie, et surtout elles se rendent compte qu'il y a des choses qu'elles savent  
 97 plus faire. Et accepter ses déficiences, son vieillissement, c'est très compliqué donc elles  
 98 peuvent avoir du mal à accepter l'AS dans l'intimité. A ce moment-là, moi, je vais proposer  
 99 les pieds et le dos, parce que ce sont des choses qu'elles savent qu'elles ne peuvent pas faire,  
 100 ce n'est pas trop intrusif. Comme ça, au début les AS vont pouvoir créer petit à petit la relation,  
 101 et faire accepter la personne dans leur intimité. C'est vraiment par étape.

102 **O : D'accord, à son tour va-t-il faire une autocritique de l'apport de l'intervention**  
 103 **ergothérapique ?**

104 E2 : Parfois, ils ne se rendent pas compte qu'ils peuvent aussi faire encore des choses, atteindre  
 105 certaines parties du corps. Je suis là aussi pour leur présenter des aides-techniques qui leur  
 106 simplifient l'activité. Alors, des fois, des résidents me disent : « je n'avais jamais pensé que  
 107 comme ça, ce serait plus facile, je vais être moins fatigué du coup ».

108 **O : travaillez-vous en séance individuelle à la suite de ces toilettes évaluatives ?**

109 E2 : Tout dépend de l'importance de la perte d'autonomie. Je ne peux pas faire beaucoup de  
 110 séances en individuels, je fais des suivis sur une semaine voire une semaine et demie, mais au  
 111 niveau du temps je ne peux pas. Par contre j'en parle avec les AS, en leur disant, il faudrait peut  
 112 être faire ça pour le maintien à l'autonomie. Si ça ne marche pas, dans ce cas elles feront pour  
 113 elle.

114 **O : D'accord, comment vous transmettez l'information aux as ? vous m'avez dit qu'il y**  
 115 **avait la grille smaf et illyef, mais avez-vous d'autres moyens de communication ?**

116 E2 : Je fais une photocopie de ma grille que je laisse dans leurs bureaux, pour qu'elles puissent  
 117 lire mon compte rendu parce que j'écris des petits commentaires qui expliquent la marche à  
 118 suivre. Je remplis le dossier résident également dans l'ordinateur. Et aussi, bien sûr, on en parle  
 119 pendant les transmissions qui ont lieu plusieurs fois par semaines quand j'ai fait une évaluation  
 120 qui est attendue. Si c'est plus long, on a un autre type de réunion, sinon une fois par semaine  
 121 on a la réunion cas complexe, où on a le temps de discuter de PEC complexe, c'est vraiment le  
 122 temps d'échange en équipe.

123 **O : L'entretien touche à sa fin, voulez-vous aborder quelque chose dont nous n'aurions**  
 124 **pas parlé, qui vous semble pertinent ?**

125 E2 : Non, c'est tout bon. Merci.

126 **O : Je vous remercie de m'avoir consacré du temps et d'avoir répondu à mes questions.**

127 E2 : ce fut avec plaisir, je reste disponible si jamais.

## Annexe 15 : Verbatim AS2

1 **O : L'entretien va se dérouler en trois parties, la première est générale sur votre pratique**  
 2 **et celle de l'ergothérapeute, la seconde est spécifique à la toilette du résident. Enfin, la**  
 3 **dernière instaure la conclusion de notre entretien. Pouvons-nous commencer ?**

4 AS 2 : C'est parti.

5 **O : Pouvez-vous me décrire votre rôle au sein de la structure et depuis quand vous y**  
 6 **exercez ?**

7 AS 2 : moi je suis AS dans cet EHPAD depuis 2005 ça va faire 13 ans que j'y suis et depuis  
 8 2015 je suis aide-soignante de liaison, c'est-à-dire qu'il y a eu un passage, avant nous travaillons  
 9 en 7h, après en 10h, et le directeur a souhaité qu'il y ait une AS qui travaille du lundi au vendredi  
 10 pour faire le lien entre les deux équipes qui ne se croisait pas en fait. C'était un travail  
 11 supplémentaire, et c'est une autre dimension du travail de l'AS.

12 **O : Pouvez-vous me décrire une journée type ?**

13 AS 2 : on commence par les toilettes, on installe les résidents pour le petit déjeuner, en fait  
 14 depuis peu, il faut bien que je précise, depuis 2018 on travail en unité, dans une unité on va  
 15 avoir deux as, plus une ASL, c'est un agent de service hospitalier, ici on les appelle comme ça.  
 16 Donc on forme une équipe c'est un trinôme dans l'unité. Donc le matin quand on arrive, l'AS  
 17 qui démarre à 7h va installer les résidents sur le lit ou sur le fauteuil, et après il va y avoir une  
 18 aide au petit déjeuner. Ensuite, on entame les soins de nursing, donc la toilette avec l'aide de  
 19 l'AS qui va arriver et des fois l'ASL qui peut nous aider, notamment lorsqu'il y a une toilette  
 20 au lit à faire, ou c'est un cas compliqué parce qu'elle est grabataire l'ASL vient nous aider.  
 21 Ensuite on les descend dans la salle à manger. On couche certains résidents qui sont fatigués,  
 22 pour les autres on réalise les changes. Après l'après-midi on peut faire des activités. Après on  
 23 les amène au repas, ou ceux qui mangent en chambre on leurs donnent à manger directement.  
 24 Puis après on fait les coucher.

25 **O : que savez-vous du rôle de l'ergothérapeute ?**

26 AS 2 : ça a toujours été ambiguë, nous la difficulté qu'on a eue dans notre établissement c'est  
 27 qu'on a une psychomotricienne et une ergothérapeute. Souvent on ne savait pas faire la  
 28 différence avec les deux corps de métiers euh pour l'ergo on nous a beaucoup parlé du matériel,  
 29 le matériel d'ergonomie à mettre en place pour les résidents notamment pour le repas, ou le  
 30 matériel pour les positions vicieuses et l'installation des résidents sur les fauteuils ou sur les lits  
 31 et euh, il y a aussi les toilettes évaluatives. Voilà, on nous a parlé de ça.

32 **O : quand elle est arrivée dans la structure, a-t-elle fait une présentation de son métier ?**

33 AS 2 : ça a été particulier, elle remplace une ergothérapeute qui est en congé parental,  
 34 l'ancienne ergothérapeute ne nous a pas vraiment présenté son métier, du coup nous on l'a vu  
 35 comme une personne qui s'occupe uniquement du matériel et de la réparation du fauteuil. On  
 36 ne savait pas quand la solliciter, donc on n'a jamais travaillé avec elle. Quand est arrivé la  
 37 nouvelle ergo, **elle s'est présentée, et n'a jamais imaginé travailler sans les soignants**, on  
 38 travaille énormément avec elle, que ce soit pour une toilette ou pour des positionnements.

39 **O : comment vous qualifierez, en 3 mots, la relation que vous avez avec elle ?**

40 AS 2 : Efficacité, complémentarité, et euh... travail d'équipe. Pluridisciplinarité c'est ça qui  
 41 me vient.

42 **O : Vous m'avez dit que vous la sollicitiez, mais elle, est-ce que ça lui arrive de faire appel**  
43 **à vous ?**

44 AS 2 : Oui oui oui, elle nous appelle aussi, justement si dans certaines transmissions que l'on  
45 va faire sur notre outil PSI, elle va lire par exemple une transmission faite par une AS, une  
46 problématique sur un résident ou un cas complexe, effectivement elle va nous appeler pour  
47 avoir plus d'informations. Ou bien elle va nous appeler quand elle veut plus d'informations sur  
48 un résident. Elle nous dit aussi ce qu'elle fait, si elle voit des améliorations ou pas. Voilà. Sur  
49 sa prise en charge, sur la toilette le repas, le positionnement. Donc voilà, c'est ...

50 **O : un double échange ?**

51 AS 2 : tout à fait, un double échange ! c'est pour ça que j'ai parlé de complémentarité et de  
52 pluridisciplinarité.

53 **O : On va passer plus spécifiquement sur l'activité toilette si ça vous convient. Comment**  
54 **ça se passe ? Je sais que ça dépend de la singularité du résident, mais qu'est-ce que vous**  
55 **faites qu'est ce que vous essayez de ne pas faire ?**

56 AS 2 : déjà c'est une PEC globale de la personne. Donc en fonction de la personne, on va lui  
57 proposer soit une toilette au lavabo, soit une toilette au lit. Si c'est une toilette au lavabo, la  
58 personne on va la lever, l'installer, déjà on lui demande si elle veut aller aux toilettes dans un  
59 premier temps, on a quand même un regard pour éviter qu'elle tombe, on va revenir et on lui  
60 propose une toilette intime. Ce qu'elle peut faire, ça dépend du degré d'autonomie de la  
61 personne et des troubles cognitifs qu'elle peut avoir, on va lui proposer de faire les gestes, parce  
62 qu'on connaît très bien les résidents, donc on va lui proposer de faire les gestes, d'abord pour  
63 la toilette intime et tout ce qui est devant. Ici, on privilégie cette façon de faire. De préserver le  
64 maintien de l'autonomie. Puis après on va l'aider, soit une aide totale soit une aide partielle.  
65 L'aide partielle ça va être le dos, les pieds par exemple. Après il y a aide totale pour les toilettes  
66 au lit, pour les personnes grabataires. Qui peuvent faire soit seule avec une AS, soit 2 AS, ou  
67 éventuellement avec l'ergothérapeute.

68 **O : pour les personnes dans le premier cas, qui ne sont pas grabataire, vous les laisser**  
69 **seules et en attendant vous faites quoi ?**

70 AS 2 : le lit, on reste toujours dans la chambre par sécurité. Pour préserver sa pudeur et sa  
71 sécurité, on ferme légèrement la porte et on lui dit « je suis la madame X, je fais votre lit, mais  
72 je suis présente » toujours leurs dire qu'on est présente, on ne le fait pas a tout le monde, parce  
73 que notamment les déments, qui vont se lever par exemple et se mettre en danger, ils ont des  
74 troubles cognitifs sévères.

75 **O : quels sont vos objectifs lors de la toilette du résident ?**

76 AS 2 : je ne vais pas vous cacher que parfois, on fait vite parce qu'on a peu de temps pour faire  
77 la toilette des résidents. Mais, je garde toujours à l'esprit que ce qu'il peut faire seul, il le fait.  
78 Le but c'est qu'il soit le plus autonome possible.

79 **O : D'accord, qui fait la demande pour que l'ergo intervienne ?**

80 AS 2 : l'ergo, intervient quand il y a une admission, un nouveau résident, dans la semaine qui  
81 va suivre, elle va faire une toilette évaluative pour nous orienter, nous on va la prendre en  
82 charge, mais elle avec sa toilette évaluative elle va nous apporter des informations  
83 supplémentaires, pour nous dire, elle est en capacité de faire ça, pour une prise en charge plus  
84 adaptée, plus personnalisée, les informations données par l'ergothérapeute vont être précieuse.  
85 Et y a aussi, quand une personne se grabatise, ou a un changement d'attitude on va appeler

86 l'ergo qui va faire une toilette évaluative ou faire la toilette avec nous, après elle nous fait un  
87 rapport, une fiche qu'on intègre dans le dossier.

88 **O : Vous dites, on appelle l'ergo. Comment ?**

89 AS 2 : On la croise dans un couloir, où on l'appelle sur son téléphone, elle est vraiment  
90 disponible.

91 **O : vous m'avez dit que le document était dans le dossier...**

92 AS 2 : oui dans le plan de soin, c'est un classeur avant d'avoir les tablettes, on a des classeurs  
93 où on coche ce qu'on fait tous les jours. Moi je sais que quand elle nous fait une toilette  
94 évaluative, on l'intègre dans le classeur avec la feuille de soin de la personne. Comme ça on  
95 peut regarder, c'est un recueil d'informations fait par l'ergothérapeute.

96 **O : juste après qu'elle soit intervenue, avez-vous un échange avec la personne, allez-vous  
97 discuter avec le résident sur l'intervention de l'ergo ?**

98 AS 2 : quand c'est possible oui. Parce que des fois pour les personnes démentes c'est difficile.  
99 C'est souvent pour ces personnes-là qu'on a besoin de l'ergothérapeute. Mais autrement avec  
100 des autres personnes qui cognitivement ne vont pas trop mal, oui on en discute, pas mal même,  
101 beaucoup de discussions et d'échanges. La personne me dit, ben voilà l'ergo m'a montré cela,  
102 et c'est vrai que c'est plus facile du coup je vais essayer de le faire chaque jour. Elle me dit  
103 aussi qu'elle ignorait être capable de se laver le dos ou autre, et qu'en fait elle a pris conscience  
104 que si.

105 **O : Suite à cette intervention, je suppose que l'ergo met en place des AT ou autres,**

106 AS 2 : oui oui tout à fait. Après suite à ça, il y a aussi le fait qu'on fasse des réunions  
107 pluridisciplinaires sur des cas complexes, qui fait qu'on va discuter sur cette personne. Chacun  
108 va être amené à donner des informations et ça permet de faire une PEC globale et personnelle.  
109 Le fait qu'elle soit présente dans ses réunions, ça nous permet une PEC optimisée et vraiment  
110 personnelle. Parce qu'on rajoute sa toilette évaluative, nous les informations quotidiennes et  
111 après on va échanger, on va dire on pourrait faire ça pour cette personne, après on en parle avec  
112 la personne.

113 Quand elle va conseiller un résident, à part si c'est plus contraignant qu'autre chose, il va  
114 l'appliquer, parce qu'il voit bien que c'est pour l'aider et puis il est content aussi de pouvoir  
115 faire sa toilette avec le moins d'aide possible. Généralement elle met en place des brosses à  
116 long manche ou ce genre de chose. Et vraiment c'est bénéfique et les personnes le savent. Sinon  
117 elles ne l'utiliseraient pas chaque jour. Parfois, elles ont des problèmes, comme elles ne savent  
118 plus utiliser les objets, je crois que l'ergo appelle ça l'apraxie, elles ne se souviennent pas  
119 comment utiliser la brosse à long manche par exemple, alors j'ai juste à leur montrer, plusieurs  
120 fois, des fois c'est long, et elles finissent par y arriver.

121 **O : Ces réunions pluridisciplinaires, il y en a combien par semaine, ou par mois ?**

122 AS 2 : il y a la réunion cas complexe une fois par semaine

123 **O : c'est la même chose que le Projet de vie ?**

124 AS 2 : non ça c'est le PAP. Projet de vie c'est une fois par semaine où on va prendre deux ou  
125 trois résidents et selon l'unité, on va appeler l'AS ou l'ASL qui s'en occupe ainsi que la  
126 résidente si elle veut, en présence de l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute fait partie de  
127 cette équipe.

128 La réunion pluridisciplinaire, on va voir par rapport aux transmissions les difficultés qu'on a  
 129 pu rencontrer donc on va échanger sur ce cas complexe entre guillemets, et on va prendre des  
 130 décisions en équipe. Et après on a des réunions avec les IDE, ou on échange

131 **O : quotidiennement ?**

132 AS 2 : presque, parce que le lundi mardi on a des formations internes donc ça fait au minimum  
 133 3 par semaines.

134 **O : En moyenne vous réalisez combien de toilettes par jour ?**

135 AS 2 : une unité c'est 25 résidents, donc on va faire 12 toilettes environ par jour.

136 **O : et sur ces 12 toilettes, vous en faites combien à deux ?**

137 AS 2 : ça dépend de l'unité, ce matin par exemple, au moins 4 personnes à faire à deux ;

138 **O : d'accord, l'entretien touche à sa fin, souhaitez-vous évoquer des éléments non abordés**  
 139 **lors de cet entretien qui vous semblent pertinents ?**

140 AS 2 : ça ne me plait pas de faire des comparaisons, mais c'est vrai que depuis, que la nouvelle  
 141 ergo est là, j'ai compris ce que c'était, et je me suis rendue compte que l'on en avait besoin. Et  
 142 le travail que l'on fait en commun permet d'avoir une pec globale. C'est comme ça que je  
 143 concevais l'ergothérapie. Celle d'avant n'a pas fait ce travail-là et il n'y avait pas de lien.  
 144 Aucune réunion en commun et donc aucun travail en commun. Donc là je me dis vraiment,  
 145 c'est important on peut compter sur elle, comme elle peut compter sur nous. C'est vraiment une  
 146 complémentarité dans les soins. Notamment lors de l'admission d'un résident, où souvent les  
 147 dossiers que l'on nous envoie sont incomplets, on n'a pas de recul pour prendre en charge cette  
 148 personne et quand elle lui fait sa toilette évaluative, elle nous apporte des informations  
 149 précieuses et nécessaires. Et puis avant on n'allait jamais voir sur l'ordinateur la partie  
 150 ergothérapie, là c'est plutôt pertinent ce qu'elle met. Et ça nous simplifie pas mal la vie.

151 J'avais oublié de préciser, mais dès qu'il y a des positions vicieuses du résident, elle nous  
 152 apporte des solutions, comment on peut la manutentionner sans lui faire mal ? Cette entre-aide  
 153 est vraiment primordiale. Là on a parlé de la toilette, mais c'est important aussi les positions  
 154 vicieuses

155 **O : Fait-elle des formations auprès des équipes ?**

156 AS 2 : Oui, notamment sur les matelas à l'air, elle est là du lundi au jeudi, quand il y a un souci  
 157 le week-end, elle nous fait des formations internes, sur les chutes aussi. On la chouchoute ! J'ai  
 158 senti vraiment la collaboration ergo-AS. C'est important. Et puis avec l'ergo c'est vraiment  
 159 action-réaction on a pas besoin d'attendre, elle est toujours disponible. Ça, c'est génial.

160 Je me tiens à votre disposition si vous avez besoin d'éclaircir certains points

161 **O : Je vous remercie, vraiment, pour votre temps et votre sincérité.**

162 AS 2 : C'était avec plaisir.

## Annexe 16 : Verbatim E3

1 **O : L'entretien va se dérouler en trois parties, la première est générale sur votre pratique**  
 2 **et celle de l'aide-soignant, la seconde est spécifique à la toilette du résident. Enfin, la**  
 3 **dernière instaure la conclusion de notre entretien. Pouvons-nous commencer ?**

4 E3 : Oui

5 **O : Pouvez-vous me décrire le rôle que vous avez dans la structure, et depuis quand vous**  
 6 **y travaillez ?**

7 E3 : Alors, j'y suis depuis janvier 2008, donc ça fait un bon petit moment, les rôles ont un peu  
 8 évolué au fil des années selon les directeurs que l'on a eus. Là j'ai bien trouvé ma place par  
 9 rapport au début. Donc, je fais les évaluations des résidents entrants, plus souvent si c'est des  
 10 séjours définitifs que temporaires. On a 75 résidents, donc si je fais aussi l'évaluation des  
 11 résidents temporaires ça prend beaucoup trop de temps entre l'évaluation, la rédaction, etc. Euh,  
 12 il y a beaucoup de communication avec les AS suite à ces évaluations-là. Par rapport à  
 13 l'autonomie notamment, parce que dès que la personne rentre, on va voir les AS, pour leur dire  
 14 « voilà, telle personne est capable de faire ça, ça, ça, il est pas capable de .. Il va falloir faire  
 15 autrement. » On a mis aussi en place des ateliers de prévention des chutes, euh, on a les projets  
 16 personnalisés qui sont faits en équipe, après on peut faire aussi de la rééducation sur le  
 17 renforcement musculaire, travail sur les amplitudes également, on a du positionnement au lit  
 18 pour les positions vicieuses. Euh, beaucoup de travail avec les fournisseurs pour la mise en  
 19 place du matériel. On travaille en collaboration avec un orthopédiste, toujours pour les positions  
 20 vicieuses. Voilà en gros. Il y en a tellement que c'est très large

21 **O : pouvez-vous à présent me décrire le rôle de l'AS ?**

22 E3 : alors l'AS, chez nous, parce que je ne sais pas si dans d'autres structures c'est pareil, je  
 23 suppose que oui en EHPAD. Chez nous, l'AS participe à la toilette du résident, au repas, aux  
 24 changes des résidents. Certaines participent aux activités, donc ça, c'est super intéressant, mais  
 25 c'est selon leurs disponibilités, selon le temps qu'elles ont. Nous on a mis en place une unité,  
 26 alors ça fait office de PASA, mais cela fait office de. Ce n'est pas encore labellisé. Il y'a une  
 27 ou deux AS, qui sont dans cette unité, et qui vraiment accompagnent les résidents dans leurs  
 28 quotidiens. Ils sont dix, et donc la journée est structurée : le matin c'est l'éphéméride, on met  
 29 la table, on fait des ateliers style Montessori. Donc celles-là vont faire beaucoup plus d'activités  
 30 que les autres.

31 **O : Dans quelles situations vont-elles faire appel à vous ?**

32 E3 : Elles me demandent souvent par rapport à la toilette ce qu'ils peuvent faire ou non. Et s'il  
 33 y'a des changements. Pour les chutes, c'est pareil s'il y a des prothèses, des fractures de hanches  
 34 elles me demandent comment on peut mobiliser la personne, si on peut faire différemment, pour  
 35 pas qu'il y ait de douleur ou de luxation. Et la plupart du temps, quand elles font appel à moi  
 36 c'est pour travailler les transferts. Parce que s'il y a un résident qui a des difficultés on essaie  
 37 de mettre en place, ensemble, un moyen pour que la personne puisse se lever avec l'AS, soit on  
 38 essaie le verticalisateur, soit le cadre fixe, le déambulateur, soit on fait un transfert à deux. Dans  
 39 tous les cas, je fais ça avec l'AS qui va s'en occuper.

40 **O : Et, dans quelles situations vous allez faire appel à elles ?**

41 E3 : Moi je leur demande quand je mets en place quelque chose, qu'elle me fasse un suivi. Si  
 42 ça fonctionne ou ça ne fonctionne pas. Parce que je ne vais pas voir systématiquement le

43 résident tous les matins. Si je mets en place un positionnement ou un AT, je demande aux filles  
44 comment ça se passe, je veux un retour. Éventuellement, je peux faire une toilette avec l'AS.

45 **O : super, ça fera l'objet de la deuxième partie de l'entretien. Une dernière question avant**  
46 **d'y passer : si vous deviez me donner 3 mots qui qualifient la relation que vous avez avec**  
47 **elle ce serait quoi ?**

48 E3 : La communication, qui est super importante. Pas de relation de supériorité ou d'infériorité  
49 par rapport à elle. On est vraiment au même niveau. J'ai besoin d'elles autant qu'elles ont besoin  
50 de moi. On est interdépendante. Un troisième ... c'est compliqué hein.

51 **O : oui, vous n'êtes pas la première à me le dire. (rires)**

52 E3 : (rires), après ça revient aux partages des connaissances

53 **O : super, du coup on va passer à la deuxième partie de l'entretien ; la toilette du résident.**  
54 **Comment ça se passe ? Partons du début, qui initie la demande ?**

55 E3 : Maintenant ça se fait un peu automatiquement, c'est institutionnalisé, à chaque entrée je  
56 vais voir le résident qui entre, soit le lendemain, soit dans la semaine qui suit. C'est automatique.  
57 Souvent les infirmières font un premier entretien, je récupère les données parce qu'il y a des  
58 choses importantes comme l'incontinence, si je dois utiliser une protection, s'il y a des  
59 prothèses dentaires ou auditives. Après j'interviens pour la toilette, ça prend entre 30 minutes  
60 et 1h l'intervention. Avant je lui explique pourquoi je suis là, qui je suis. L'intervention permet  
61 d'évaluer correctement la personne qui entre, mais ça permet aussi de la mettre en confiance.  
62 C'est-à-dire qu'elle vient d'arriver, c'est une structure qu'elle ne connaît pas, des gens qu'elle  
63 ne connaît pas, du coup voilà. Ça permet d'avoir un petit temps d'échange, de ne pas trop la  
64 bousculer. Elle est partie de chez elle, elle est déboussolée. Ça sert à ça aussi.

65 **O : D'accord, avez-vous d'autres objectifs lorsque vous intervenez ?**

66 E3 : si je devais résumer, ce serait le maintien de son indépendance. C'est pour cela qu'on est  
67 ergothérapeute. C'est pour cela que je le suis en tout cas. On est là pour que les personnes  
68 puissent réaliser leurs AVQ, quels que soient leurs âges, quelles que soient leurs pathologies.

69 **O : D'accord, est-ce que cette activité est planifiée avec le résident ?**

70 E3 : Lorsque j'ai le temps, je passe dans la chambre le jour de son arrivée. Mais cela arrive  
71 aussi que je me présente le matin même, je lui demande s'il n'y a pas de problème pour que  
72 j'intervienne lors de sa toilette.

73 **O : Cela arrive-t-il qu'un résident refuse ?**

74 E3 : non ça ne m'est jamais arrivé. Je touche du bois. Je pense que c'est parce que j'explique  
75 bien que c'est pour eux.

76 **O : quelle posture adoptez-vous pendant l'évaluation ?**

77 E3 : Alors, euh je ne suis pas là pour faire à sa place, j'ai le temps, et je lui dis que nous allons  
78 prendre le temps qu'il faudra. Je fais en sorte que le résident trouve les solutions par lui-même.  
79 Je suis là pour vérifier qu'il n'y a pas de mise en danger, et pour éviter les situations d'échecs.  
80 Mais, je n'interviens pas s'il en est capable.

81 **O : utilisez-vous un outil particulier ?**

82 E3 : Alors nous on a un logiciel. On a deux outils. Net-soins c'est le logiciel de transmissions  
83 où on a toutes les évaluations dessus. On peut faire nos transmissions aux as, ide, à tout le



84 monde. Et sur ce logiciel il y a une évaluation qui s'appelle CAQ : Capacités Autonomie au  
 85 Quotidien. C'est vrai que ça évalue un peu tout au niveau de la toilette : les déplacements, les  
 86 transferts, la toilette, l'habillage, la mise en place des prothèses, il y a une petite sphère  
 87 cognitive, mais je ne la rempli pas forcément de suite, je demande avis à la psychologue. Je  
 88 crois qu'il y a 4 items : fait, fait avec, aide totale, aide partielle, je ne me souviens plus. Parce  
 89 que nous en plus de ça, on a mis en place, une fiche de pictogramme qui est beaucoup plus  
 90 lisible pour l'équipe soignante. L'équipe soignante a des classeurs, où il y a le plan de soin  
 91 linéaire du résident genre le descriptif de la toilette, l'horaire pour les changes, etc. Mais ça ne  
 92 leur parle pas du tout. Alors en face, on a mis cette fiche pictogramme. On a fait ça avec trois  
 93 couleurs pour que ça leur parle vraiment.

94 **O : A part ses deux outils, quels sont les moyens que vous utilisez pour interagir avec les**  
 95 **as ?**

96 E3 : Elles m'appellent sur mon téléphone, je participe au staff, après ce sont surtout des  
 97 conversations informelles.

98 **O : Les AS sont-ils présents lorsque vous intervenez ?**

99 E3 : à la toilette non.

100 **O : donc vous transmettez les informations par ses deux outils.**

101 E3 : oui, et par net-soins parce qu'il y a deux équipes, et des fois je ne croise pas forcément les  
 102 deux. Donc, je mets toujours un paragraphe de mon intervention. En général, la communication  
 103 se fait de plusieurs manières pour éviter que ça passe à la trappe.

104 **O : D'accord. Après votre intervention, avez-vous un échange avec le résident ?**

105 E3 : Non

106 **O : Pourquoi ?**

107 E3 : Beaucoup ont des troubles cognitifs. Et j'avoue que je n'ai jamais pensé à le faire, mais ce  
 108 serait une bonne idée. Ce que je fais souvent, c'est que quand je vais les voir je leur dis que je  
 109 viens voir ce qu'ils savent encore faire et ce que mes collègues vont pouvoir faire avec eux. Je  
 110 leur dis que selon ce que je vais observer, je vais transmettre pour que ça se passe bien par la  
 111 suite. Que s'ils ont besoin d'aide, ils me demandent, je ne suis pas là pour les laisser galérer  
 112 pendant x temps. Il n'y a pas de soucis. Mais au moment où ils peuvent faire, je laisse faire. Je  
 113 les préviens que ça peut prendre du temps, mais que je suis là pour ça. Mais effectivement je ne  
 114 fais pas de point avec eux. C'est pourtant une bonne idée.

115 **O : Faites-vous des séances individuelles si vous avez écho qu'une personne est en déclin ?**

116 E3 : S'il y a un changement radical que ce soit positif ou négatif, on refait une évaluation et on  
 117 retravaille ça avec les filles. S'il y a eu un changement rapide, genre une chute, ou un corps de  
 118 levy, ou s'il y a des hospitalisations aussi, on refait des évaluations.

119 **O : pour vérifier que les objectifs son atteint, c'est les aides-soignantes du coup qui ...**

120 E3 : qui me fait le retour oui. Notre relation est vraiment basée sur les échanges. Si elles ne  
 121 trouvent pas de solutions seules, elles m'appellent. Mais elles ont pris l'habitude, à force de  
 122 travailler ensemble, de trouver des techniques, des petites choses pour simplifier et la toilette  
 123 du résident, et leur travail.

124 **O : C'est bon pour moi, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?**

125 E3 : oui, je voulais dire aussi que ça ne fonctionne pas toujours, avec toutes les aides-soignantes.

126 **O : selon vous ça dépend de quoi ?**

127 E3 : je pense que certaines sont plus impliquées que d'autres. Ce n'est pas forcément le rapport  
128 que je peux avoir avec elle. Certaines s'en fichent. Ou alors, il va y avoir, le souci de temps qui  
129 fait que pour certaines ça va être plus facile de faire à la place du résident que d'essayer de le  
130 laisser faire. On a 10 minutes pour faire la toilette, alors moi dans mes 10 minutes je ne vais  
131 pas m'embêter à le laisser faire sinon je ne vais pas finir à temps.

132 **O : Elles en ont combien à faire environ ?**

133 E3 : 10 à 12, ça dépend il y a des toilettes à deux. Après souvent ce n'est pas les toilettes à deux  
134 qui prennent plus de temps, c'est plus justement les résidents qui sont capables de, qui vont être  
135 plus lents. Ils ont besoin de parler, qu'on les maquille... Etc. Donc soit c'est parce qu'elles sont  
136 réfractaires à la pratique du laisser-faire, soit par manque de temps.

137 **O : D'accord. L'entretien touche à sa fin, souhaitez-vous évoquer des éléments non**  
138 **abordés lors de cet entretien qui vous semblent pertinents ?**

139 E3 : Je n'avais pas pensé à parler avec eux de mon intervention, pourtant ça me paraît évident  
140 quand vous l'avez évoqué, alors je vais essayer dès que je reviens dans l'EHPAD. Parce que  
141 c'est vrai que ça pourrait être vraiment intéressant.

142 **O : Tout à fait, je vous remercie vraiment pour votre accueil et votre gentillesse.**

143 E3 : Merci à vous d'être venue jusqu'ici.

## Annexe 17 : Verbatim AS3

1 **O : L'entretien va se dérouler en trois parties, la première est générale sur votre pratique**  
 2 **et celle de l'ergothérapeute, la seconde est spécifique à la toilette du résident. Enfin, la**  
 3 **dernière instaure la conclusion de notre entretien. Pouvons-nous commencer ?**

4 AS 3 : C'est parti !

5 **O : Pouvez-vous me décrire votre rôle au sein de la structure et depuis quand vous y**  
 6 **exercez ?**

7 AS 3 : Alors moi je travaille en EHPAD depuis maintenant 14 ans, donc j'ai commencé en tant  
 8 qu'AVS, c'est Agent de Vie sociale, après maintenant ça va faire 4 ans, non 5 ans que je suis  
 9 diplômée en tant qu'aide-soignante. Mon rôle c'est tout ce qui concerne ben, les soins plus  
 10 l'animation. Parce que l'aide-soignante fait aussi de l'animation ici. Après mon rôle c'est aussi  
 11 d'encadrer les stagiaires, on en a énormément. Après, s'occuper des soins nursing, après aussi  
 12 de donner à manger aux résidents et voilà. Ce n'est déjà pas mal, je crois.

13 **O : Oui oui, c'est déjà très bien. Est-ce que vous pouvez me décrire le rôle de**  
 14 **l'ergothérapeute au sein de la structure ?**

15 AS 3 : Alors l'ergothérapeute euh au sein de l'établissement ? Dans notre EHPAD ?

16 **O : Oui tout à fait.**

17 AS 3 : Ben elle est là, pour euh, moi je sais qu'on a E3, elle est là surtout pour quand il y a une  
 18 entrée, pour faire des toilettes évaluatives, pour regarder par rapport au GIR, après elle nous  
 19 conseille, elle nous dit comment s'est déroulé la toilette pour la prise en charge du patient, pour  
 20 qu'on soit informé de ce qu'il sait faire, pour ne pas enfreindre à son autonomie. Après il y a  
 21 tout ce qui est repas, en ce moment on a des résidents qui ne peuvent plus manger seuls, donc  
 22 elle nous a fourni des couverts et des assiettes c'est au niveau des manches, ils ne sont pas droits  
 23 ils sont courbés. Après elle intervient surtout pour les toilettes évaluatives quoi. Elle participe  
 24 aux réunions et surtout elle intervient pour les positionnements, genre elle met en place des  
 25 coussins, des fois elle fait des orthèses.

26 **O : super, du coup dans quelles situations en particulier vous allez faire appel à elle ?**

27 AS 3 : Ben si on rencontre des difficultés pour un levé du résident, du lit au fauteuil qu'on a du  
 28 mal à faire un transfert. Le repas, et tout ce qui englobe les activités de la vie quotidienne du  
 29 résident.

30 **O : Ok, et elle, quand fait-elle appel à vous ?**

31 AS 3 : Alors elle, les transmissions, pour nous donner des informations, par rapport à sa toilette  
 32 qu'elle aura faite le matin, savoir ce qu'il sait faire ou pas faire.

33 **O : Pouvez-vous me donner 3 mots, qui qualifient la relation que vous avez avec elle ?**

34 AS 3 : Trois mots, euh, écoutez... trois mots ?

35 **O : Ou une phrase hein, ce que vous désirez.**

36 AS 3 : elle est à l'écoute, elle est disponible, la disponibilité l'écoute, et la transmission de son  
 37 savoir

38 **O : Très bien, on va passer à la deuxième partie de l'entretien, qui va concerner plus**  
 39 **particulièrement la toilette. Pour un résident qui ne présente pas de troubles cognitifs ou**  
 40 **comportementaux, comment se passe la toilette ?**

41 AS 3 : ah bah nous, justement, on va le laisser faire sa toilette seule. Lui maintenir ses gestes  
 42 de la vie quotidienne le plus possible, qu'il reste autonome.

43 **O : Par qui est initiée la demande d'évaluation de l'ergothérapeute ?**

44 AS 3 : C'est à l'entrée du résident, c'est l'établissement qui veut ça. Après nous on peut  
 45 demander à l'ergothérapeute si on rencontre des difficultés qu'elle revienne pour réévaluer. Des  
 46 fois on trouve des moyens seuls, mais elle elle a vraiment un autre regard, et des fois on se  
 47 complique la vie pour rien. Parce que c'est tout bête, mais déplacer de quelques centimètres le  
 48 gant de toilette ou le savon, ben on n'y pense pas toujours alors que c'est bête, mais elle elle va  
 49 y penser.

50 **O : D'accord, donc du coup c'est vous, les aides-soignantes qui demandaient une**  
 51 **réévaluation**

52 AS 3 : oui, lors des transmissions par exemple sur net-soins, on marque que le soin n'est plus  
 53 adapté au résident, on va modifier ça en équipe. Et justement elle elle refait la fiche de soins en  
 54 collaboration avec les aides-soignants, les infirmières du résident.

55 **O : Assistez-vous à l'évaluation initiale ou la réévaluation de la toilette ?**

56 AS 3 : Oui, oui, bon ben là on a un remplaçant en ce moment, mais normalement,  
 57 l'ergothérapeute regarde comment on fait, elle réajuste si on n'adopte pas la bonne manière.

58 **O : vous m'avez dit qu'il y avait net-soins, avez-vous d'autres moyens de communications**  
 59 **avec l'ergothérapeute ?**

60 AS 3 : Oui bien sûr, ben déjà, les conversations dans les couloirs, mais ce sera plus lors des  
 61 transmissions. Parce qu'on n'a pas non plus trop le temps de parler, tellement les journées sont  
 62 chargées, mais lors des transmissions oui. C'est là où on va vraiment parler en équipe. Après  
 63 ce qui est bien c'est les pictos, parce qu'y'a pas mal de turn-over, du coup dès qu'il y a une  
 64 nouvelle ou une stagiaire, ben elle n'a pas de soucis. C'est ultra clair.

65 **O : et les transmissions elle y assiste chaque jour ?**

66 AS 3 : a oui oui, bien sûr.

67 **O : Parlez-vous avec le résident de l'intervention de l'ergothérapeute ?**

68 AS 3 : Ah oui oui, bien sûr, on en parle, on lui demande si ça lui a apporté des choses,  
 69 généralement il nous dit oui, qu'il ignorait lui-même qu'il était capable de faire sa toilette intime  
 70 par exemple. Et, de toute façon elle met des choses en place parfois après sa toilette évaluative,  
 71 et pour ça, il faut l'accord du résident. Bien sûr, s'il est dans la capacité de comprendre et de  
 72 s'exprimer, parce que parfois ce n'est pas toujours le cas. Mais on arrive toujours à savoir, parce  
 73 que même si ce n'est pas verbalement, ils s'expriment corporellement quand même. Je trouve  
 74 d'ailleurs que c'est nécessaire d'avoir cette discussion, parce que ça permet à la personne de se  
 75 confier, de dire ce qu'elle ressent.

76 **O : Les préconisations d'AT ou les conseils sont-ils utilisés quotidiennement par le**  
 77 **résident ?**

78 AS 3 : Oui, elle nous a prévenus lors de la réunion qu'elle avait fait telle ou telle chose, qu'elle  
 79 a mis cela en place avec le résident, du coup nous on le sait, et on va stimuler aussi par la suite

80 afin que son travail perdure. A force et par mimétisme, on a des notions d'ergothérapie nous  
81 aussi. (rires)

82 **O : (rires) voulez-vous aborder un sujet que l'on n'a pas abordé avant de terminer**  
83 **l'entretien ?**

84 AS 3 : Ben que, avant qu'elle arrive, je n'étais pas aide-soignante mais j'ai quand même pu  
85 analyser, que c'est mieux depuis qu'elle est là. Nous on n'a pas conscience de toutes les choses  
86 qui existent. Rien que le matériel de transfert, sans elle, il serait dans un coin parce qu'on ne  
87 saurait pas s'en servir. Et merci le dos en vrac. On a beaucoup de chance de l'avoir. C'est un  
88 beau métier que vous vous apprêtez à faire.

89 **O : Oui, je vous remercie, et vous remercie également pour votre temps et votre sincérité.**

90 AS 3 : N'hésitez pas si vous voulez d'autres informations, je reste à votre disposition

Annexe 18 : Tableau de la variable indépendante en fonction des phrases brutes des participants

	Finalisation	Intériorisation	Formalisation	Gouvernance
E1	<p>-Qualité de vie du résident L30 -réaliser cette activité si c'est signifiant pour elle L40-41</p> <p><b>Indice : Présence d'objectifs communs</b></p> <p>-Elles sont plus proches des résidents (...) dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas (...) elles le sentent de suite.. L20-23 -après c'est quand il y a un souci avec le résident, mais c'est plus au niveau des transferts, au niveau de la marche L17-18</p> <p><b>indice : Reconnaissance des apports de l'autre professionnel</b></p>	<p>-Mon bureau est juste à côté du leur, alors elles viennent me voir. Si je ne suis pas là, elles m'appellent.L25-26 -A l'oral directement, ou alors on a un logiciel net-soins, je rentre les informations dans ma partie mais je pense que ce n'est pas regardé par les aides-soignants. L70-71 -Un staff par semaine L73 -on parle de deux unités par semaine L76</p> <p><b>Indice : Interactions et échanges</b></p> <p>-Elles sont là H24 avec le résident et ce sont elles qui les connaissent le mieux L12-13 -plutôt bonne, on travaille en équipe pour le résident, on a des objectifs en</p>	<p>-non, c'est marqué dans le logiciel aide totale/aide partielle. Comme les soignants les voient tous les jours, ils savent. Après c'est en théorie, je ne pense pas qu'ils regardent L93-94</p> <p><b>Indice : utilisation d'outils communs.</b></p>	<p>-On a un logiciel net-soins, je rentre les informations dans ma partie mais je pense que ce n'est pas regardé par les aides-soignants.L70-71</p> <p><b>Indice : centralisation des informations</b></p>

		<p>communs, c'est la qualité de vie du résident L29-30</p> <p><b>indice : Reconnaissance de la plus-value de la collaboration</b></p> <p>-Gestion du matériel,(...) rééducation, (...) évaluation du résident L7-8</p> <p>-c'est la personne de référence pour toutes les informations (...) le lever, la mise au fauteuil, la toilette, le repas, (...) les activités(...), les couchers. L10-12</p> <p><b>indice : Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles</b></p>		
AS1	<p>-Euh ben que la personne se sente bien, qu'elle soit propre même si ses capacités ne lui permettent plus. Le but c'est quand même l'autonomie L65-66</p> <p><b>Indice : Présence d'objectifs communs.</b></p>	<p>-discuter dans le couloir L80.</p> <p>-Sur net-soin elle met « aide totale/aide partielle » du coup si on est pas là juste après la toilette on n'a pas toujours le détail. L80-81</p> <p><b>Indice : Interactions et échanges</b></p>	<p>-sur net-soins elle met « aide totale/aide partielle » L80</p> <p><b>Indice : utilisation d'outils communs</b></p>	<p>-sur net-soin elle met « aide totale/aide partielle » du coup si on est pas là juste après la toilette on n'a pas</p>

	<p>-c'est plus du matériel on ne sait pas comment ça marche ou on ne s'en est jamais servi. L35-36</p> <p>-Si elle a besoin de nous expliquer des choses, si un dispositif est nouveau. Et les informations, si elle a besoin de quelque chose, genre les chaussures, elle trouve des informations auprès de nous L44-45</p> <p><b>indice : Reconnaissance des apports de l'autre professionnel</b></p>	<p>-Présente (...) disponible (...) efficace. L51</p> <p><b>Indice : Reconnaissance de la plus-value de la collaboration</b></p> <p>-alors le matin on a les toilettes (...) après les soins en général on finit vers 11h, on descend les poubelles, le linge à la lingerie (...) à 11h45 on va descendre en salle à manger (...) après on a les changes (...) les activités (...) le repas et c'est les couchers L15-27</p> <p>-alors euh, elle est là pour faire les évaluations à la toilette et le matériel. L33</p> <p><b>Indice : Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles</b></p>	<p>-soit c'est nous qui demandons, soit c'est la MM L68</p> <p>-des fois c'est l'IDE aussi L72</p> <p><b>Indice : existence de règles et protocoles</b></p>	<p>toujours le détail. L80-81</p> <p><b>Indice : centralisation des informations</b></p>
E2	<p>-L'autonomie du résident tout d'abord. Ensuite c'est de soulager un maximum le travail des aides-soignants L61-62</p> <p><b>Indice : Présence d'objectifs communs</b></p>	<p>- Ah bah on a chacune un téléphone, après on se voit pendant les pauses, et puis il y a des réunions pour cela aussi. L30-31</p> <p><b>Indice : Interactions et échanges</b></p>	<p>-Je fais une photocopie de ma grille que je laisse dans leurs bureaux, pour qu'elles puissent lire mon compte rendu parce que</p>	<p>- Et aussi bien sûr, on en parle pendant les transmissions qui ont lieu plusieurs</p>



	<p>-Quand il y'a une nouvelle personne qui rentre, pour qu'on se concerte sur la manière d'aborder la PEC de la personne. Est-ce qu'on va être très très autonomisant, ou un peu moins en fonction de l'état de la personne. Il y a vraiment une discussion sur le plan de soin. Elles vont faire appel à moi si elles sentent qu'il y a un besoin en matériel (...) si elles sentent qu'il y a une chute dans l'autonomie de la personne donc elle me demande de refaire une évaluation afin d'adapter de nouveau la PEC. S'il y a un matelas à air qui sonne, elles m'appellent (rire) L15-22</p> <p>-moi je les appelle pour avoir des informations sur comment se déroule le quotidien de la personne. Est-ce qu'elle a bien dormi, a-t-elle des difficultés à prendre les repas ? Tout ce que j'ai</p>	<p>-Notre relation c'est la confiance et la disponibilité, c'est ça qui est important. Parce que quand elles ont besoin d'aide, c'est tout de suite et pas dans un mois. Mon rôle c'est d'être à leur écoute et d'être disponible. L35-37</p> <p><b>Indice : Reconnaissance de la plus-value de la collaboration</b></p> <p>-Je suis là pour évaluer les capacités d'autonomie, évaluer les besoins en ménagements au niveau de la chambre, au niveau du matériel et donc je participe à l'élaboration des plans de soins L8-9</p> <p>-L'AS c'est le soignant qui accompagne tout au long de la journée la personne, dans ses activités de la vie quotidienne, du lever au coucher. Elle fait les repas, les toilettes, les changes, les activités L11-13</p>	<p>j'écris des petits commentaires qui expliquent la marche à suivre. Je remplis le dossier résident également dans l'ordinateur L116-118</p> <p><b>Indice : utilisation d'outils communs</b></p> <p>-Si c'est pour une entrée, j'y vais automatiquement sans qu'on me le demande, c'est marqué sur ma fiche de poste de faire un bilan d'entrée</p> <p>Après c'est souvent les AS parce que c'est eux qui voient s'il y a un souci, sinon ça peut être les IDE, qui peuvent aussi remarquer un</p>	<p>fois par semaines quand j'ai fait une évaluation qui est attendue. Si c'est plus long, on a un autre type de réunion, sinon une fois par semaine on a la réunion cas complexe, où on a le temps de discuter de PEC complexe, c'est vraiment le temps d'échanges en équipe L118-122</p> <p>-Je remplis le dossier résident également dans l'ordinateur L118</p>
--	---	---	---	---

	<p>besoin de savoir sur le quotidien, (...) Ce sont mes yeux et mes oreilles. Je les appelle pour les informer de mes différentes interventions, par exemple si j'ai rencontré la famille, si j'ai eu un entretien avec la personne, tout ce qui pourrait être utile dans leurs PEC. L24-28</p> <p><b>Indice : Reconnaissance des apports de l'autre professionnel</b></p>	<p><b>Indice : Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles</b></p>	<p>problème et demander mon intervention. L48-51</p> <p><b>Indice : existence de règles et protocoles</b></p>	<p><b>Indice : centralisation des informations</b></p>
AS2	<p>-Je ne vais pas vous cacher que parfois, on fait vite parce qu'on a peu de temps pour faire la toilette des résidents. Mais, je garde toujours à l'esprit que ce qu'il peut faire seul, il le fait. Le but c'est qu'il soit le plus autonome possible. L76-78</p> <p><b>Indice : Présence d'objectifs communs</b></p>	<p>-On la croise dans un couloir, ou on l'appelle sur son téléphone, elle est vraiment disponible L89-90</p> <p>-Il y a aussi le fait qu'on fasse des réunions pluridisciplinaires sur des cas complexes L106-107</p> <p>-ça c'est le PAP, projet de vie, c'est une fois par semaine où on va prendre deux ou trois résidents et selon l'unité, on va appeler l'AS ou l'ASL qui s'en occupe ainsi que la résidente si elle</p>	<p>-Oui dans le plan de soin, c'est un classeur (...) où on coche ce qu'on fait tous les jours. Moi je sais que quand elle nous faut une toilette évaluative, on l'intègre dans le classeur avec la feuille de soin de la personne. Comme ça on peut regarder, c'est un recueil</p>	<p>Et puis avant on aller jamais voir sur l'ordinateur la partie ergothérapie, là c'est plutôt pertinent ce qu'elle met. Et ça nous simplifie pas mal la vie. L149-150</p>

	<p>-une problématique sur un résident ou un cas complexe, effectivement elle va nous appeler pour avoir plus d'informations. Ou bien elle va nous appeler quand elle veut plus d'informations sur un résident. Elle nous dit aussi ce qu'elle fait, si elle voit des améliorations ou pas. Voilà. Sur sa prise en charge, sur la toilette, le repas, le positionnement. L45-49</p> <p>-Pour le repas, ou le matériel pour les positions vicieuses et l'installation des résidents sur les fauteuils ou sur les lits et euh il y aussi les toilettes évaluatives L29-31</p> <p>-Notamment lors de l'admission d'un résident, ou souvent les dossiers que l'on nous envoie sont incomplet, on n'a pas de recul pour prendre en charge la personne et quand elle lui fait sa toilette évaluative, elle nous apporte des</p>	<p>veut, en présence de l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute fait partie de cette équipe. L124-127</p> <p>-La réunion pluridisciplinaire on va voir par rapport aux transmissions (...) 3 fois par semaine L128-133</p> <p><b>Indice : Interactions et échanges</b></p> <p>-Efficacité, complémentarité, et euh...travail d'équipe.</p> <p>Pluridisciplinarité c'est ce qui me vient. L40-41</p> <p>-Et puis avec l'ergo c'est vraiment action-réaction on a pas besoin d'attendre, elle est toujours disponible L158-159</p> <p><b>Indice : Reconnaissance de la plus-value de la collaboration</b></p> <p>-L'as qui démarre à 7h va installer les résidents sur le lit ou sur le fauteuil, et</p>	<p>d'informations fait par l'ergothérapeute. L92-95</p> <p><b>Indice : utilisation d'outils communs</b></p> <p>-L'ergo intervient quand il y a une admission, un nouveau résident, dans la semaine qui va suivre, elle va faire une toilette évaluative elle va nous apporter des informations supplémentaires pour nous dire, elle est en capacité de faire ça, pour une prise en charge plus adaptée, plus personnalisée, les informations données par l'ergothérapeute vont être précieuse. Et y'a aussi quand une personne</p>	<p>-Des réunions pluridisciplinaires sur des cas complexes, qui font qu'on va discuter sur cette personne. Chacun va être amené à donner des informations et ça permet de faire une PEC globale et personnelle. Le fait qu'elle soit présente dans ses réunions, ça nous permet une PEC optimisée et vraiment personnelle L106-110</p>
--	--	--	--	--

	<p>informations précieuses et nécessaires. L146-149</p> <p><b>Indice : Reconnaissance des apports de l'autre professionnel</b></p>	<p>après il va y avoir une aide au petit déjeuner. Ensuite, on entame les soins de nursing, donc la toilette avec l'aide de l'AS qui va arriver et des fois l'ASL qui peut nous aider, notamment lorsqu'il y a des toilettes au lit à faire, ou c'est un cas compliqué parce qu'elle est grabataire l'ASL vient nous aider. Ensuite on les descend dans la salle à manger. On couche certains résidents qui sont fatigués, pour les autres on réalise les changes. Après l'après-midi on peut faire des activités. Après on les amène au repas, ou ceux qui mangent en chambre on leurs donnent à manger directement. Puis après on fait les coucher. L16-24 -euh pour l'ergo on nous a beaucoup parlé du matériel, le matériel d'ergonomie à mettre en place pour les résidents notamment pour le repas, ou</p>	<p>se grabatise, ou a un changement d'attitude, on va appeler l'ergo qui va faire une toilette évaluative ou faire la toilette avec nous L80-86</p> <p><b>Indice : existence de règles et protocoles</b></p>	<p><b>Indice : centralisation des informations</b></p>
--	--	--	--	--

		<p>le matériel pour les positions vicieuses et l'installation des résidents sur les fauteuils ou sur les lits et eug, il y a aussi les toilettes évaluatives. L28-31</p> <p>-du coup nous on l'a vu comme une personne (l'ancienne ergothérapeute) qui s'occupe uniquement du matériel et de la réparation du fauteuil on ne savait pas quand la solliciter, donc on n'a jamais travaillé avec elle/ Quand est arrivé la nouvelle ergo, elle s'est présentée, et n'a jamais imaginé travailler sans les soignants. On travaille énormément avec elle, que ce soit pour une toilette ou pour des positionnements. L34-38</p> <p><b>Indice : Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles</b></p>		
E3	-L'intervention permet d'évaluer correctement la personne qui entre, mais ça permet aussi de la mettre en	-Elles m'appellent sur mon téléphone, je participe au staff après ce sont	-On a mis en place, une fiche de pictogramme qui est beaucoup plus lisible	-On a deux outils. Net-soins c'est le logiciel de

<p>confiance. C'est-à-dire qu'elle vient d'arriver, c'est une structure qu'elle ne connaît pas, des gens qu'elle ne connaît pas, du coup voilà. Ça permet d'avoir un petit temps d'échange, de ne pas trop la bousculer. Elle est partie de chez elle, elle est déboussolée. Ça sert à ça aussi. L60-64</p> <p>-Si je devais résumer, ce serait le maintien de son indépendance. C'est pour cela qu'on est ergothérapeute. C'est pour cela que je le suis en tout cas. On est là pour que les personnes puissent réaliser leurs AVQ, quels que soient leurs âges, quelles que soient leurs pathologies. L66-68</p> <p><b>Indice : Présence d'objectifs communs</b></p> <p>-La communication qui est super importante. Pas de relation de</p>	<p>surtout des conversations informelles L96-97</p> <p><b>Indice : Interactions et échanges</b></p> <p>-Elles me demandent souvent par rapport à la toilette ce qu'ils peuvent faire ou non. Et s'il y a des changements. Pour les chutes, c'est pareil s'il y a des prothèses, des fractures de hanches elles me demandent comment on peut mobiliser la personne, si on peut faire différemment, pour pas qu'il y ait de douleur ou de luxation. Et la plupart du temps quand elles font appel à moi c'est pour travailler les transferts. L32-39</p> <p>-Moi je leur demande quand je mets en place quelque chose, qu'elle me fasse un suivi. Si ça fonctionne ou ça ne fonctionne pas. Parce que je ne vais</p>	<p>pour l'équipe soignante. L'équipe soignante a des classeurs, où il y a le plan de soin linéaire du résident, genre le descriptif de la toilette, l'horaire pour les changes, etc. Mais ça ne leur parle pas du tout. Alors en face, on a mis cette fiche pictogramme. On a fait ça avec trois couleurs pour que ça leur parle vraiment. L89-93</p> <p><b>Indice : utilisation d'outils communs</b></p> <p>-Maintenant ça se fait un peu automatiquement, c'est institutionnalisé à chaque entrée je vais voir le résident qui entre, soit</p>	<p>transmissions où on a toutes les évaluations dessus. On peut faire nos transmissions aux as, idé, à tout le monde. L82-84</p> <p><b>Indice : centralisation des informations</b></p>
--	--	--	---

	<p>supériorité ou d'infériorité par rapport à elle. On est vraiment au même niveau. J'ai besoin d'elles autant qu'elles ont besoin de moi. On est interdépendante. L48-50</p> <p>-Après ça revient aux partages des connaissances L52</p> <p><b>Indice : Reconnaissance des apports de l'autre professionnel</b></p>	<p>pas voir systématiquement le résident tous les matins. Si je mets en place un positionnement ou une AT, je demande aux filles comment ça se passe, je veux un retour. Éventuellement je peux faire une toilette avec l'AS. L41-44</p> <p><b>Indice : Reconnaissance de la plus-value de la collaboration</b></p> <p>-Je fais les évaluations des résidents entrant (...) la rédaction, etc. Euh, il y a beaucoup de communication avec les AS suite à ces évaluations-là. On a mis en place aussi des ateliers de prévention des chutes, euh on a les projets personnalisés qui sont faits en équipe, après on peut faire aussi de la rééducation sur le renforcement musculaire, travail sur les amplitudes également, on a du positionnement au</p>	<p>le lendemain, soit dans la semaine qui suit. C'est automatique. L55-56</p> <p><b>Indice : existence de règles et protocoles</b></p>	
--	--	--	--	--

		<p>lit pour les positions vicieuses. Euh, beaucoup de travail avec les fournisseurs pour la mise en place du matériel. On travaille en collaboration avec un orthopédiste, toujours pour les positions vicieuses. Voilà en gros. Il y en a tellement que c'est très large. L9-20</p> <p>-Chez nous l'AS participe à la toilette du résident, au repas, aux changes des résidents. Certaines participent aux activités. L22-24</p> <p><b>Indice : Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles</b></p>		
AS3	<p>-Lui maintenir ses gestes de la vie quotidienne le plus possible, qu'il reste autonome L41-42</p> <p><b>Indice : Présence d'objectifs communs</b></p>	<p>-Les conversations dans les couloirs, mais ce sera plus lors des transmissions. L60-61</p> <p><b>Indice : Interactions et échanges</b></p>	<p>-Ce qui est bien c'est les pictos, parce qu'y'a pas mal de turn-over, du coup dès qu'il y a une nouvelle ou une stagiaire, ben elle n'a pas de</p>	<p>-Par exemple sur net-soins, on marque que le soin n'est plus adapté au résident, on va modifier ça en</p>



	<p>-si on rencontre des difficultés pour un levé du résident, du lit au fauteuil qu'on a du mal à faire un transfert. Le repas, et tout ce qui englobe les activités de la vie quotidienne du résident. L27-29</p> <p>-Alors elle, les transmissions pour nous donner des informations, par rapport à sa toilette qu'elle aura faite le matin, savoir ce qu'il sait faire ou pas faire. Elle nous demande aussi des informations parce qu'on connaît mieux les résidents. L31-32</p> <p><b>Indice : Reconnaissance des apports de l'autre professionnel</b></p>	<p>-Elle est à l'écoute, elle est disponible, la disponibilité, l'écoute et la transmission de son savoir. L36-37</p> <p><b>Indice : Reconnaissance de la plus-value de la collaboration</b></p> <p>-Mon rôle c'est tout ce qui concerne ben, les soins plus l'animation. Parce que l'aide-soignante fait aussi de l'animation ici. Après mon rôle c'est aussi d'encadrer les stagiaires, on en a énormément. Après s'occuper des soins nursing, après aussi de donner à manger aux résidents et voilà. L9-12</p> <p>-Elle est là surtout pour quand il y a une entrée, pour faire des toilettes évaluatives, pour regarder par rapport au GIR, après elle nous conseille, elle nous dit comment s'est déroulé la toilette pour la prise en charge du patient, pour qu'on soit informé de ce</p>	<p>soucis. C'est ultra clair. L63-64</p> <p><b>Indice : utilisation d'outils communs</b></p> <p>-C'est à l'entrée du résident, c'est l'établissement qui veut ça. Après nous on peut demander à l'ergothérapeute si on rencontre des difficultés qu'elle revienne pour réévaluer L44-45</p> <p><b>Indice : existence de règles et protocoles</b></p>	<p>équipe. Et justement elle refait la fiche de soins en collaboration avec les aides-soignants, les infirmières du résident L52-54</p> <p><b>Indice : centralisation des informations.</b></p>
--	---	--	--	---

	<p>qu'il sait faire, pour ne pas enfreindre ç son autonomie. Après il y a tout ce qui est repas, en ce moment on a des résidents qui ne peuvent plus manger seuls, donc elle nous a fourni des couverts et des assiettes, c'est au niveau des manches, ils ne sont pas droits, ils sont courbés. Après elle intervient surtout pour les toilettes évaluatives quoi. Elle participe aux réunions et surtout elle intervient pour les positionnements genre elle met en place des coussins, des fois elle fait des orthèses L17-25</p> <p><b>Indice : Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles</b></p>		
--	--	--	--

Annexe 19 : Tableau de la variable dépendante en fonction des phrases brutes des participants

	Planification de l'expérience	La mise en expérience du résident	Généralisation sur le long terme de l'apprentissage	Nature des connaissances acquises
E1	<p>-Je lui explique que je suis là pour l'évaluer pour faciliter ensuite la prise en charge des aides-soignantes. L49-50</p> <p><b>Indice : connaissance du rôle de l'ergothérapeute lors de l'expérience</b></p> <p>-Je leur demande, mais c'est plutôt une question rhétorique. L45</p> <p><b>Indice : accord du résident</b></p>	<p>-Je vais parler avec eux pendant l'évaluation. Quelques minutes. L 82</p> <p>-C'est moi qui vais lui dire ce qui va bien. Et je ne lui dis pas ce qui s'est mal passé. Je parle toujours des capacités L84-85</p> <p>-Je lui dis : vous avez besoin d'aide. En général c'est le dos, les pieds. L87</p> <p><b>Indice : échange entre ergothérapeute et résident</b></p> <p>-Justement j'interviens pour l'aider L53</p> <p><b>Indice : posture facilitatrice d'expérience de l'ergothérapeute</b></p>		<p>-Non pas vraiment, j'ai passé environ 45 minutes avec lui, après j'avoue que ça s'enchaîne et que je ne prends pas forcément le temps L89-90</p>

AS1			<p>-Non ça se fait pas trop L86</p> <p><b>Indice : échange entre le résident et l'aide-soignant sur l'intervention ergothérapique</b></p> <p>-J'imagine, je sais pas trop les conseils qu'elle donne. Vous me faites réaliser que ce serait intéressant de lui demander. Je pense qu'elle fait plutôt ça pour nous, pour nous faciliter la vie. L89-91</p> <p><b>Indice : application des</b></p>	
-----	--	--	---	--

			<b>conseils et aides techniques.</b>	
E2	<p>-Oui bien sûr, je regarde mon planning et en fonction du jour, je vais voir le résident la veille pour lui demander son accord. L53-54</p> <p>-Des fois ils ne comprennent pas trop la différence entre moi et l'as. Alors j'insiste bien pour l'évaluation que je ne suis pas là pour lui faire la toilette, mais pour regarder ce qu'il sait ou ne sait pas faire. Que j'interviens que s'il ne peut pas du tout le faire. Je précise bien à chaque</p>	<p>-Moi, je vais avoir beaucoup plus de temps pour questionner, sa manière de faire, où s'il y a des angoisses par exemple, et ça me donne beaucoup plus de liberté. L68-70</p> <p>-Si c'est une personne cohérente, oui on en discute, en fin d'évaluation je lui dis « bah voilà ce que j'ai vu...les soucis que j'ai remarqués sont ...je pense que c'est bénéfique pour vous que l'AS viennent pour telle ou telle partie du corps. Est-ce que vous êtes d'accord ou pas ? L92-94</p> <p>-Parfois, ils ne se rendent pas compte qu'ils peuvent aussi faire encore des choses, atteindre certaines parties du corps</p> <p>Je suis là aussi pour leur présenter des aides-techniques qui leurs simplifie l'activité. Alors des fois, des résidents me disent «j'n'avais jamais penser que comme</p>		<p>Indice : nature des connaissances acquises de type émotionnelle.</p> <p>-Alors des fois des résidents me disent : «je n'avais jamais pensé que comme ça, ce serait plus facile, je vais être moins fatigué du coup » L106-107</p> <p><b>Indices : nature des connaissances acquises de type rationnelle.</b></p>

	<p>fois, que c'est pour lui, pour adapter son accompagnement. Et normalement, ils ne refusent pas. L56-59</p> <p><b>Indice : connaissance du rôle de l'ergothérapeute lors de l'expérience</b></p> <p><b>Indice : accord du résident</b></p>	<p>ça, ce serait plus facile, je vais être moins fatigué du coup » L104-107</p> <p><b>Indice : échange entre ergothérapeute et résident</b></p> <p>-Je vais stimuler, pousser à la réflexion Je n'interviens pas si je pense que la personne en est capable, au contraire, quand en effet elle y arrive, j'insiste sur le fait qu'elle la fait seule. Quand c'est trop compliqué pour elle, je vais être la pour palier aux difficultés, mais à part pour le dos et les pieds, généralement elles y arrivent et j'insiste aussi pour leur montrer qu'elles y sont arrivées pratiquement toutes seules.</p> <p>L82-86</p> <p><b>Indice : posture facilitatrice d'expérience de l'ergothérapeute</b></p>		
AS2			-Mais autrement avec des autres personnes qui	-La personne me dit, ben voilà l'ergo m'a montré cela, et c'est vrai que c'est plus facile du

			<p>cognitivement ne vont pas trop mal, oui on en discute, pas mal même, beaucoup de discussions et d'échanges. L99-101</p> <p><b>Indice : échange entre le résident et l'aide-soignant sur l'intervention ergothérapique</b></p> <p>-Quand elle va conseiller un résident, à part si c'est plus contraignant qu'autre chose, il va l'appliquer,</p>	<p>coup je vais essayer de le faire chaque jour. L101-102</p> <p><b>Indice : nature des connaissances acquises de type émotionnelle.</b></p> <p>- Elle me dit aussi qu'elle ignorait être capable de se laver le dos ou autre, et qu'en fait elle a pris conscience que si. L102-104</p> <p><b>Indice : nature des connaissances acquises de type rationnelle.</b></p>
--	--	--	---	--

			<p>parce qu'il voit bien que c'est pour l'aider et puis il est content aussi de pouvoir faire sa toilette avec le moins d'aide possible.</p> <p>Généralement elle met en place des brosses à long manche ou ce genre de chose. Et vraiment c'est bénéfique et les personnes le savent. Sinon elles ne l'utiliseraient pas chaque jour. Parfois, elles ont des problèmes,</p>	
--	--	--	--	--



			<p>comme elles ne savent plus utiliser les objets, je crois que l'ergo appelle ça l'apraxie, elles ne se souviennent pas comment utiliser la brosse à long manche par exemple, alors j'ai juste à leur montrer, plusieurs fois, des fois c'est long, et elles finissent par y arriver. L113-120</p> <p><b>Indice :</b> <b>application des conseils et aides techniques.</b></p>	
--	--	--	---	--

E3	<p>-Je leur dis que je viens voir ce qu'ils savent encore faire et ce que mes collègues vont pouvoir faire avec eux. Je leur dis que selon ce que je vais observer, je vais transmettre pour que ça se passe bien par la suite. Que s'ils ont besoin d'aide, ils me demandent, je ne suis pas là pour les laisser galérer pendant x temps. Il n'y a pas de soucis. Mais au moment où ils peuvent faire, je laisse faire. Je les préviens que ça peut prendre du temps, mais que je suis là pour ça. L108-113</p>	<p>-Non L105</p> <p>-Beaucoup on des troubles cognitifs. Et j'avoue que je n'ai jamais pensé à le faire mais ce serait une bonne idée. L107-108</p> <p>-Je n'avais pas pensé à parler avec eux de mon intervention, pourtant ça me paraît évident quand vous l'avez évoqué, alors je vais essayer dès que je reviens dans l'EHPAD. Parce que c'est vrai que ça pourrait être vraiment intéressant. L139-141</p> <p><b>Indice : échange entre ergothérapeute et résident</b></p> <p>-Alors euh, je ne suis pas là pour faire à sa place, j'ai le temps, et je lui dis que nous allons prendre le temps qu'il faudra. Je fais en sorte que le résident trouve les solutions par lui-même. Je suis là pour vérifier qu'il n'y a pas de mise en danger, et pour éviter</p>		<p>Indice : nature des connaissances acquises de type émotionnelle.</p> <p>Indice : nature des connaissances acquises de type rationnelle.</p>
----	--	--	--	--

<p><b>Indice : connaissance du rôle de l'ergothérapeute lors de l'expérience</b></p> <p>-Lorsque j'ai le temps, je passe dans la chambre le jour de son arrivée. Mais cela arrive aussi que je me présente le matin même, je lui demande s'il n'y a pas de problème pour que j'intervienne lors de sa toilette L70-72</p> <p>-Non ça ne m'est jamais arrivé. Je touche du bois. Je pense que c'est parce que j'explique bien que c'est pour eux. L74-75</p>	<p>les situations d'échecs. Mais je n'interviens pas s'il en est capable. L77-80</p> <p><b>Indice : posture facilitatrice d'expérience de l'ergothérapeute</b></p>		
---	--	--	--

	<b>Indice : accord du résident</b>			
AS3			<p>-Ah oui oui, bien sûr, on en parle, on lui demande si ça lui apporté des choses L68</p> <p><b>Indice : échange entre le résident et l'aide-soignant sur l'intervention ergothérapique</b></p> <p>-Oui, elle nous a prévenus lors de la réunion qu'elle avait fait telle ou telle chose, qu'elle a mis cela en place avec le résident, du coup nous on le sait, et on va</p>	<p>-Il nous dit oui, qu'il ignorait lui-même qu'il était capable de faire sa toilette intime par exemple. L69-70</p> <p><b>Indice : nature des connaissances acquises de type rationnelle.</b></p> <p>-Mais on arrive toujours à savoir, parce que même si ce n'est pas verbalement, ils s'expriment corporellement quand même. Je trouve d'ailleurs que c'est nécessaire d'avoir cette discussion, parce que ça permet à la personne de se confier, de dire ce qu'elle ressent. L72 -75</p>

			stimuler aussi par la suite afin que son travail perdure. L78-80 <b>Indice :</b> <b>application des conseils et aides techniques.</b>	<b>Indice : nature des connaissances acquises de type émotionnelle.</b>
--	--	--	--	---

Annexe 20 : Tableau synthétique relatif aux variables en fonction du binôme 1

Vari-able	Indicateurs	Indices	Synthèse des verbatims	Codage de l'indice Présence =1 Absence =0
C O L L A B O R A T I O N  I N T E R P R O F E S S	Finalisation	Présence d'objectifs communs	L'objectif de l'ergothérapeute est d'évaluer les capacités et incapacités de la personne afin qu'elle puisse réaliser cette activité qui est signifiante. Pour l'aide-soignante, l'objectif est que la personne soit propre et le maintien de l'autonomie. L'objectif en commun est donc celui-ci.	1
		Reconnaissance des apports de l'ergothérapeute pour l'aide-soignant	L'aide-soignante nécessite l'aide pour le matériel ainsi que pour les problématiques de transferts, de marche. Elles se mettent d'accord sur ce point. Cependant, l'activité toilette n'est pas énumérées.	1
		Reconnaissance des apports de l'aide-soignant pour l'ergothérapeute	L'ergothérapeute reconnaît les apports de l'autre professionnel lorsqu'elle a besoin d'informations sur les difficultés du quotidien de la personne . En vue des rôles et compétences de l'aide-soignante, la reconnaissance n'est pas suffisante. En effet, en exemple AS1 nous précise que c'est lorsqu'il faut des chaussures pour le résident, que l'ergothérapeute va demander la pointure.	0
	Intériorisation	Interactions et échanges	Il existe des échanges informels comme les conversations dans le couloir. Au niveau formel, elles citent net-soins où les informations ne sont pas assez complètes) ainsi que le téléphone De plus, la structure est composée de 5 unités. Un staff a lieu chaque semaine et concerne 2 unités. Ce qui veut dire qu'il y a un roulement toutes les deux semaines et demie.	0
		Reconnaissance de la plus-value de la collaboration	Nous retrouvons dans les discours des professionnels des qualités telles que la disponibilité, l'efficacité. L'ergothérapeute décrit la relation par l'adjectif bonne, et précise que leur travail d'équipe se base sur des objectifs en communs.	1

I O N N E L L E		Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles	Les rôles de l'ergothérapeute sont la gestion du matériel, la rééducation des résidents, ainsi que l'évaluation des activités de la vie quotidienne. L'aide-soignante cite la gestion du matériel ainsi que les conseils sur les résidents. Donc, les rôles ne sont pas bien connus par l'aide-soignante	0	0
			Les rôles de l'aide-soignant sont d'accompagner les résidents lors de la toilette, du repas, des changes, lors du lever/coucher ainsi que pendant les activités. L'ergothérapeute connaît les rôles de l'aide-soignante. Elle ajoute qu'elle connaît les informations sur la famille, sur les habitudes de vies des résidents. Elle décrit l'aide-soignante comme la personne de référence concernant les résidents.	0.5	
	Formalisation	Utilisation d'outils communs	L'ergothérapeute met les mots « aide partielle/aide totale » sur le logiciel informatique. L'ergothérapeute pense que ses informations ne sont pas lues. Pour l'aide-soignante il s'agit seulement d'informations insuffisantes. Les détails sont donnés juste après l'activité à l'aide-soignante présente. L'outil commun de transmission d'informations ne semble pas être efficace.	0	
		Existence de règles et protocoles	La toilette évaluative se fait à la demande des MM, AS et IDE.	1	
Gouvernance	Centralisation des informations	La centralisation des informations est réalisée grâce à un logiciel informatique qui n'est pas toujours consulté et où les informations sont incomplètes et non pertinentes pour les aides-soignantes.	0		
E X P E R I	Planification de l'activité	Accord du résident	L'ergothérapeute énonce qu'elle obtient l'accord du résident. Mais qu'il s'agit d'une question rhétorique. Elle	0	
		Connaissance du rôle de l'ergothérapeute et explication des objectifs pour le résident	L'ergothérapeute propose aux résidents d'observer leurs capacités et incapacités.	1	

M E N T A T I O N A C T I V E	Mise en expérience du résident	Posture de l'ergothérapeute	L'ergothérapeute dit qu'elle intervient que s'il y a incapacité totale. Elle dit de ne pas proposer de solutions malgré son objectif d'évaluer les capacités et incapacités de la personne.	0
		Échange entre ergothérapeute et résident sur le ressenti après l'intervention	L'ergothérapeute fait du renforcement positif, elle dit aux résidents leurs capacités, mais pas leurs incapacités. Il existe un échange pendant l'activité et non après	0
	Généralisation sur le long terme des apprentissages	Échange entre aide-soignant et résident sur l'intervention ergothérapique	Non	0
		Mise en pratique des conseils et aides-techniques	Non, l'aide-soignante énonce « j'imagine ».	0
	Nature des connaissances acquises	Emotionnelles et/ou rationnelles	Non	0
	Conclusion			



Annexe 21 : Tableau synthétique relatif aux variables en fonction du binôme 2

Vari-able	Indicateurs	Indices	Synthèse des verbatims	Codage de l'indice Présence =1 Absence =0	
C O L L A B O R A T I O N  I N T E R P R O F E S	Finalisation	Présence d'objectifs communs	L'objectif en commun est l'autonomie du résident. L'ergothérapeute précise qu'elle œuvre également pour soulager le travail des aides-soignants. L'aide-soignante admet qu'il lui arrive de faire à la place du résident lorsque le temps lui impose.	1	
		Reconnaissance des apports de l'ergothérapeute pour l'aide-soignant	L'aide-soignante reconnaît les apports de l'ergothérapeute concernant la gestion du matériel. Elle l'appelle également lorsqu'elle a des difficultés concernant l'installation ou lors de l'activité toilette. C'est grâce à une réflexion commune que les soignants vont réfléchir au type d'accompagnement.	1	
		Reconnaissance des apports de l'aide-soignant pour l'ergothérapeute	L'ergothérapeute reconnaît les apports de l'autre professionnel lorsqu'elle a besoin d'informations sur les difficultés du quotidien de la personne ou encore lorsqu'elle a besoin d'aide pour un soin technique	1	
	Intériorisation	Interactions et échanges	Il existe des échanges autant formels qu'informels. Les temps d'échanges formels ont lieu 3 fois par semaine. L'aide-soignante précise qu'il est important d'avoir ses temps d'échanges afin de mettre à profit le travail en commun.	1	
		Reconnaissance de la plus-value de la collaboration	Les professionnels décrivent leur relation grâce à des qualités relationnelles telles que l'écoute. Elles s'accordent à dire que la disponibilité prend une place prépondérante dans leur relation. Enfin, l'aide-soignante utilise des termes tels que la complémentarité ou encore le travail d'équipe.	1	
		Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles	Les rôles de l'ergothérapeute sont d'évaluer l'autonomie et les besoins en aménagements afin d'élaborer un plan de soin. Ces rôles sont connus par l'aide-soignante.	05	1

S I O N N E L L E			Les rôles de l'aide-soignant sont d'assister dans les soins personnels, l'installation, le repas, les activités ainsi que lors du lever et du coucher du résident. Ces rôles sont connus par l'ergothérapeute	0.5	
	Formalisation	Utilisation d'outils communs	L'ergothérapeute met une synthèse en adaptant son vocabulaire dans le classeur des aides-soignants.	1	
		Existence de règles et protocoles	La toilette évaluative figure sur la fiche de poste de l'ergothérapeute. Elle peut également intervenir lorsqu'une aide-soignante remarque une chute dans l'autonomie d'un résident.	1	
	Gouvernance	Centralisation des informations	La centralisation des informations est réalisée grâce à un logiciel informatique qui est consulté par les deux professionnels. Il existe également des projets de vies et des réunions cas complexes.	1	
E X P E R I M E N T A T I O N A C T I	Planification de l'activité	Accord du résident	Oui	1	
		Connaissance du rôle de l'ergothérapeute et explication des objectifs pour le résident	L'ergothérapeute insiste lorsque c'est nécessaire pour faire la différence entre elle l'aide-soignante lors de la toilette. Elle précise toujours au résident que son rôle est d'évaluer les capacités et incapacités lors de l'activité dans le but d'améliorer celles-ci.	1	
	Mise en expérience du résident	Posture de l'ergothérapeute	L'ergothérapeute stimule, pousse à la réflexion palie les difficultés lorsqu'elles se présentent. Elle accompagne le résident en valorisant.	1	
		Échange entre ergothérapeute et résident sur le ressenti après l'intervention	L'ergothérapeute commence à débriefer sur les capacités et incapacités. Puis elle induit une autocritique du résident sur l'évaluation.	1	
	Généralisation sur le long terme des apprentissages	Échange entre aide-soignant et résident sur l'intervention ergothérapique	Oui, une prise de conscience des capacités est relevée par l'aide-soignant. Certains résidents font part de leur volonté de perpétuer les apports de l'intervention ergothérapique dans la vie quotidienne.	1	
		Mise en pratique des conseils et aides-techniques	Oui, la personne raconte l'intervention de l'ergothérapeute. Bien que l'aide-soignante soit déjà informée de celle-ci. Le résident utilise les aides-techniques mis à disposition. L'aide-soignant montre comment les utiliser lorsque c'est nécessaire.	1	

V E	Nature des connaissances acquises	Emotionnelles et/ou rationnelles	Volonté de perpétuer dans le quotidien.	1
	Conclusion		L'aide-soignante souligne qu'elle a une meilleure compréhension du rôle de l'ergothérapeute depuis l'arrivée d'E2. Elle souligne l'importance des réunions d'équipe ainsi que la reconnaissance de l'interdépendance entre les deux corps de métiers. La formation de l'équipe entreprise par l'ergothérapeute aide selon elle à la collaboration. Elle souligne que la collaboration est permise grâce à la disponibilité de l'ergothérapeute.	

Annexe 22 : Tableau synthétique relatif aux variables en fonction du binôme 3

Vari-able	Indicateurs	Indices	Synthèse des verbatims	Codage de l'indice Présence =1 Absence =0	
C O L L A B O R A T I O N  I N T E R P R O F E S S	Finalisation	Présence d'objectifs communs	L'ergothérapeute a pour objectif de maintenir l'indépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. . Pour l'aide-soignante nous retrouvons également l'autonomie en comme objectif.	1	
		Reconnaissance des apports de l'ergothérapeute pour l'aide-soignant	Les aides-soignants sont amenés à appeler l'ergothérapeute pour les problématiques relatives aux chutes, transferts ainsi que sur les activités de la vie quotidienne, notamment les soins personnels.	1	
		Reconnaissance des apports de l'aide-soignant pour l'ergothérapeute	L'ergothérapeute est amené à questionner les aides-soignants sur le suivi des interventions ainsi que sur les toilettes.	1	
	Intériorisation	Interactions et échanges	Les interactions se font grâce à des outils informels. Ainsi que par des staffs quotidiens	1	
		Reconnaissance de la plus-value de la collaboration	Les professionnels qualifient leurs relations d'interdépendante.basé sur un partage de connaissances et une disponibilité qui semble importante pour l'aide-soignante. L'ergothérapeute ajoute que la communication est nécessaire et que l'absence de hiérarchie est primordiale. El	1	
		Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles	Le rôle de l'ergothérapeute est l'évaluation des résidents entrants, la rédaction de comptes rendus destinés à l'équipe, dont la transmission des informations aux aides-soignants. Elle réalise des ateliers de prévention des chutes. Participe à des projets personnalisés. Elle est amenée à faire de la rééducation. Enfin, elle met en place du matériel et collabore avec un orthopédiste pour le positionnement au lit. L'aide-soignant retrouve les grandes lignes	0.5	1

I O N N E L L E			du rôle de l'ergothérapeute. Elle cite les toilettes évaluatives, les conseils donnés aux aides-soignantes. La gestion du matériel et aide technique, la participation aux réunions ainsi que l'aide au positionnement.		
			L'aide-soignant réalise les soins de nursing, le repas, l'encadrement des stagiaires. Ce rôle est également retrouvé par l'ergothérapeute.	0.5	
	Formalisation	Utilisation d'outils communs	L'équipe a mis en place une fiche de pictogramme. Celle-ci est comprise par les aides-soignantes et pertinente pour leur activité professionnelle.	1	
		Existence de règles et protocoles	L'évaluation à la toilette est systématique dès l'entrée du résident. Une réévaluation est possible si l'autonomie d'un résident chute.	1	
	Gouvernance	Centralisation des informations	Les informations sont centralisées grâce à un outil informatique, consulté par les deux parties.	1	
E X P E R I M E N T A T I O N A C	Planification de l'activité	Accord du résident	Oui	1	
		Connaissance du rôle de l'ergothérapeute et explication des objectifs pour le résident	L'ergothérapeute explique son rôle et négocie les objectifs avec le résident. Elle lui précise que la différence entre elle et l'aide-soignant est l'absence de limite de temps. Elle adapte son vocabulaire en disant qu'elle est là pour observer ce qu'il sait ou ne sait pas faire. Elle le rassure également en lui disant que s'il est en réelles difficultés, alors elle palliera.	1	
	Mise en expérience du résident	Posture de l'ergothérapeute	Elle mène l'évaluation de manière à ce que le résident trouve des solutions par lui-même. Elle tient à ne pas faire à la place. Elle est présente pour sécuriser et pour éviter les situations d'échecs.	1	
		Échange entre ergothérapeute et résident sur le ressenti après l'intervention	Non, mais elle ajoute qu'il serait pertinent de le faire.	0	
Généralisation sur le long terme des apprentissages	Échange entre aide-soignant et résident sur l'intervention ergothérapique	Oui, sur les bénéfiques. Elle s'assure que le résident est d'accord pour utiliser les aides-techniques mises en place.	1		

T I V E		Mise en pratique des conseils et aides-techniques	L'aide-soignant est au courant des aides-techniques et conseils mis en place grâce à la réunion hebdomadaire. Ce qui lui permet de stimuler la personne par la suite.	1
	Nature des connaissances acquises	Emotionnelles et/ou rationnelles	L'échange entre l'aide-soignant et le résident permet à celui-ci de dire ce qu'il ressent. Les bénéfices sont exprimés.	1
	Conclusion		L'ergothérapeute revient sur le fait qu'elle n'a jamais pensé à discuter en aval de l'intervention. Mais elle trouve cette idée très pertinente. L'aide-soignante quant à elle estime être chanceuse d'avoir un ergothérapeute dans la structure, notamment grâce aux conseils pertinents qu'elle lui apporte. Elle finit son discours par dire que l'ergothérapie est un merveilleux métier.	

## Annexe 23 : Codage des indicateurs et indices

## a) Codage des indicateurs de la collaboration.

La finalisation est caractérisée par deux indices :

- *Reconnaissance d'objectifs communs*

Pour obtenir 1 à cet indice, il faut au moins un objectif en commun.

La 1<sup>ère</sup> compétence issue du référentiel des aides-soignants est : « accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie. » Le 3<sup>ème</sup> savoir-faire est « Stimuler la personne, proposer des activités contribuant à maintenir son autonomie et à créer du lien social ».

La 3<sup>ème</sup> compétence issue du référentiel des ergothérapeutes est : « Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie ». Le 7<sup>ème</sup> savoir-faire est : « Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie. » Ainsi, l'objectif en commun attendu est le maintien ou l'amélioration de l'autonomie du résident. Dans le cas échéant, il est noté 0.

- *Reconnaissance des apports de l'autre professionnel*

Pour obtenir 1 à cet indice, il faut 2 critères.

Le premier : faire appel à l'autre pour plusieurs compétences qui sont propres à son référentiel de compétences. Pour l'appel à l'aide-soignante, la connaissance des capacités du résident qu'elle suit quotidiennement est requise.

Le second : retrouver la disponibilité au moins dans l'un des discours des deux professionnels. Dans le cas échéant, il est noté 0.

L'intériorisation est caractérisée par 3 indices

- *Interactions et échanges*

Pour obtenir 1 à cet indice, il faut retrouver dans les entretiens des moyens autant formel qu'informel. Informel : conversation professionnelle dans les couloirs, pendant les temps de pauses, etc. Formel : présence active aux réunions d'équipe : Transmissions, pap, réunions pluri ou interdisciplinaires etc.

Les temps d'échanges formels doivent être supérieurs à 2 par semaines.

Le cas échéant, il est noté 0.

- *Reconnaissance de la plus-value de la collaboration*

Pour obtenir 1 à cet indice, il est demandé aux professionnels de formuler 3 mots qualifiant leurs relations. Par la subjectivité de cette question, il est difficile de côté cet indice. Les réponses attendues non exhaustives sont : confiance, interdépendance, communication, disponibilité, à l'écoute, objectifs en communs, partage de savoirs, complémentarité...

Il sera noté 1 si, au moins 2 de ces mots sont retrouvés parmi les 3 demandés aux soignants. Dans le cas échéant, il est noté 0.

- *Connaissances des rôles et compétences interprofessionnelles*

Cet indice est divisé en 2, soit 0.5 et 0.5. Lorsque les professionnels ont cerné les missions de l'autre et inversement, la connaissance des rôles et compétences interprofessionnelles est validée. Cependant, la note est 0 ou 1, car il s'agit bien ici d'interprofessionnalité. À titre d'exemple, si l'ergothérapeute énumère 5 de ses compétences, que l'aide-soignante dit les mêmes, mais que l'ergothérapeute ne cite pas les compétences de l'aide-soignante, alors l'indice n'est pas validé, car l'interprofessionnalité n'est pas reconnue.

La formalisation est caractérisée par 3 indices :

- *Utilisation d'outils communs*

Pour obtenir 1 à cet indice, l'outil servant de compte rendu de l'évaluation à l'ergothérapeute doit être vu, compris et être à la portée de l'aide-soignant. Dans le cas échéant il est noté 0.

- *Existences de règles et protocoles*

Pour obtenir 1 à cet indice, il doit exister dans la structure des règles et protocoles tels que l'évaluation à l'entrée du résident, la réévaluation lors d'une chute d'indépendance, l'évaluation sur demande de l'aide-soignant qui possède des difficultés à réaliser le soin du résident. Dans le cas échéant, il est noté 0.

Enfin, la gouvernance est définie par un indice :

- *Centralisation des informations*

Pour obtenir 1 à cet indice, il doit être utilisé au sein du service ou de la structure, un dispositif commun permettant l'interaction et l'échange entre aide-soignant et ergothérapeute. Cela rentre dans le cadre de la traçabilité.



La compétence n°7 issue du référentiel des aides-soignants ainsi que la compétence n° 9 issue du référentiel des ergothérapeutes portent sur la traçabilité des interventions auprès des différents acteurs. Dans le cas échéant, il est noté 0.

b) Codage des indicateurs de l'expérimentation active :

Concernant l'ergothérapeute :

La planification de l'activité est caractérisée par deux indices :

- *Connaissance du rôle de l'ergothérapeute ainsi que des objectifs de l'intervention*

Cet indice est noté 1, si l'ergothérapeute explique ses missions et la différence avec l'aide-soignant. L'ergothérapeute doit également expliquer les objectifs de son intervention. Dans le cas échéant, il est noté 0.

- *Accord du résident*

L'accord du résident doit évidemment être pris en compte en amont de la réalisation de l'évaluation.

La mise en expérience du résident est caractérisée par deux indices :

- *Posture de l'ergothérapeute*

Cet indice est noté 1 si l'ergothérapeute se positionne comme un facilitateur d'apprentissage. Il doit choisir les outils adéquats pour stimuler l'émergence de la réflexion et de questionnements afin de faciliter la réalisation de l'activité.

- *Échange entre le résident et l'ergothérapeute*

Cet indice est noté 1 s'il y a présence d'un échange entre l'ergothérapeute et le résident. Le résident donne son point de vue sur l'expérience vécue à l'ergothérapeute. Et inversement, l'ergothérapeute est amené à rendre compte de son expertise sur le déroulement de l'activité au résident.

La nature des connaissances acquises est caractérisée par un indice :

- *Nature de l'échange*

Cet indice est noté 1 si l'aide-soignant ou l'ergothérapeute récolte des ressentis du résident qu'ils soient émotionnels ou rationnels. L'ergothérapeute doit faire émerger une autocritique du résident sur son vécu immédiat. Il ne doit pas se positionner comme détenteur de savoirs mais bien comme facilitateur d'apprentissage.

Concernant l'aide-soignant :

La généralisation sur le long terme est déterminée par deux indices

- *Échange avec le résident sur l'intervention de l'ergothérapeute :*

Pour être noté 1, il doit y avoir un échange entre le résident et l'aide-soignant suite à l'intervention de l'ergothérapeute, afin d'être dans la continuité de la collaboration des professionnels vers le but commun qui est le maintien ou l'amélioration de l'autonomie du résident. Dans le cas échéant, il est noté 0.

- *Mise en pratique des conseils et utilisation des AT (Aides-techniques)*

Pour être noté 1, cela dépend de 2 critères. Le premier est que l'aide-soignant ait pris connaissance et sache utilisés les aides-techniques (AT) proposés par l'ergothérapeute. Ensuite, il faut que l'aide-soignant stimule le résident afin d'appliquer les conseils et l'utilisation des AT. Dans le cas échéant, il est noté 0.

Les indicateurs sont ensuite transcrits sous forme de pourcentage à l'aide des chiffres obtenues pour les indices.

Les indicateurs sont validés si ceux-ci sont supérieurs ou égaux à 50 %

Annexe 24 : Tableau de présentation des participants

	E1	AS1	E2	AS2	E3	AS3
Durée d'exercice dans l'EHPAD	9 ans	4 ans	4 ans	13 ans	10 ans	5 ans
Temps d'exercice	100 %	100%	75 %	100 %	100%	100 %
Nombre de résidents	160 résidents		110 résidents		75 résidents	
Durée moyenne de l'entretien	12 minutes	11 minutes	11 minutes	17 minutes	16 minutes	10 minutes

Annexe 25 : Tableau de résultats du codage relatif au binôme 1

Indicateurs	Finalisation		Intériorisation		Formalisation		Gouvernance		
Indices	La présence d'objectifs communs	1	Interactions et échanges	0	Utilisation d'outils communs	0	Centralisation des informations	0	
	Reconnaissance de l'ergothérapie par l'aide-soignante	0	Reconnaissance de la plus-value de la collaboration	1	Existence de règles et protocoles	0			
	Reconnaissance du travail de l'aide-soignante par l'ergothérapeute	1	Connaissance des rôles et compétences interprofessionnelles	0					
Total des indices	2/3		1/3		0/2		0/1		3/9
Total des indicateurs	66%		33%		0%		0%		

Indicateurs	Planification		Mise en expérience		Généralisation sur le long terme des apprentissages		Nature des connaissances acquises		
Indices	Planification de l'activité	1	Posture de l'ergothérapeute	0	Échange entre l'aide-soignant et le résident sur l'intervention ergothérapeutique	0	Emotionnelles et rationnelles	0	
	Connaissance du résident sur le rôle de l'ergothérapeute et explication des objectifs	1	Échange entre l'ergothérapeute et le résident sur l'activité	0	Mise en pratique des conseils et utilisations des aides-techniques	0			
Total des indices	2/2		0/2		0/2		0/1		2/7
Total des indicateurs	100%		0%		0%		0%		

Annexe 26 : Tableau de résultats du codage relatif au binôme 2

Indicateurs	Finalisation		Intériorisation		Formalisation		Gouvernance		
Indices	La présence d'objectifs communs	1	Interactions et échanges	1	Utilisation d'outils communs	1	Centralisation des informations	1	
	Reconnaissance de l'ergothérapie par l'aide-soignante	1	Reconnaissance de la plus-value de la collaboration	1	Existence de règles et protocoles	1			
	Reconnaissance du travail de l'aide-soignante par l'ergothérapeute	1	Connaissance des rôles et compétences interprofessionnelles	1					
Total des indices	3/3		3/3		2/2		1/1		9/9
Total des indicateurs	100%		100%		100%		100%		

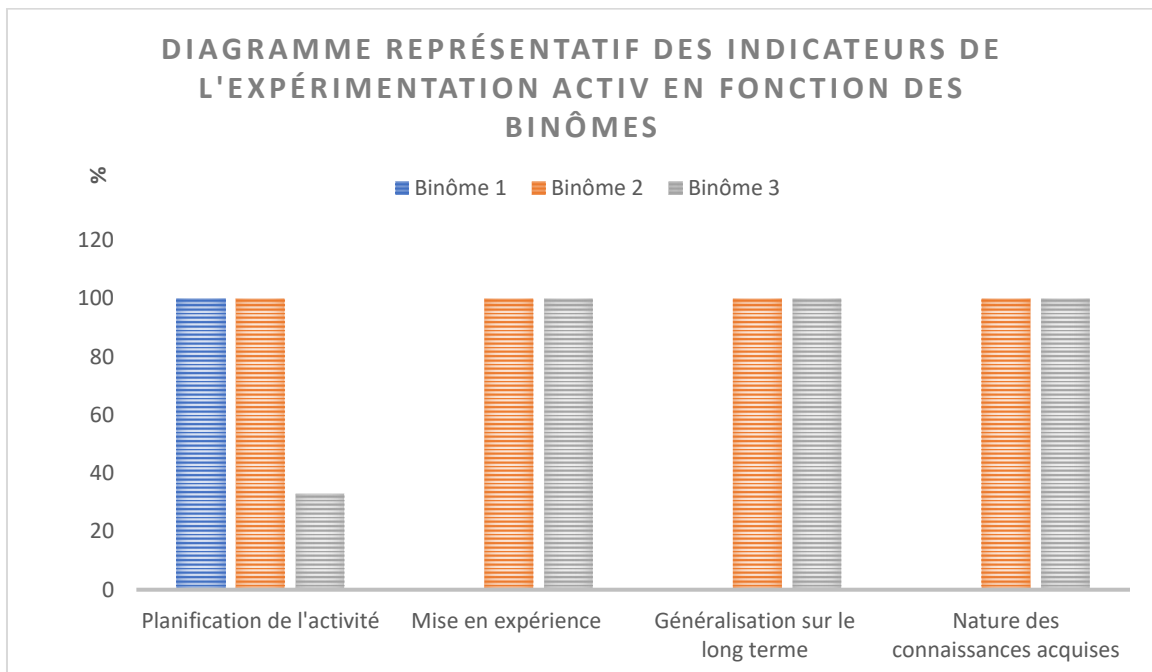
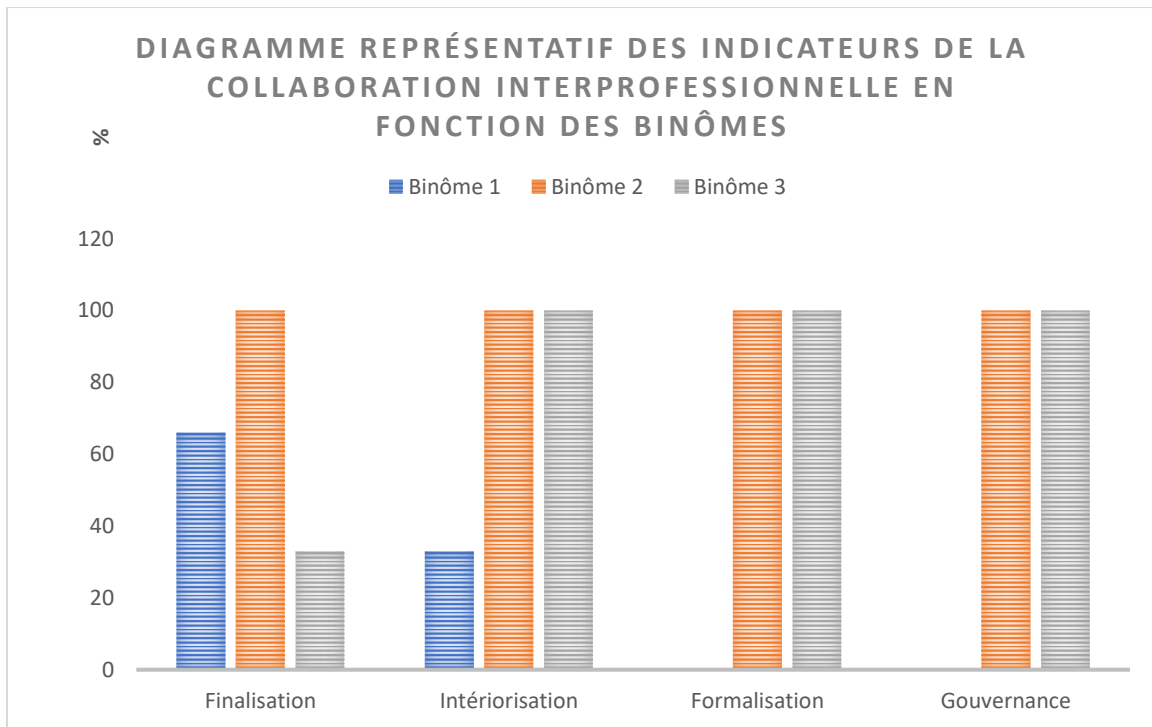
Indicateurs	Planification		Mise en expérience		Généralisation sur le long terme des apprentissages		Nature des connaissances acquises		
Indices	Planification de l'activité	1	Posture de l'ergothérapeute	1	Échange entre l'aide-soignant et le résident sur l'intervention ergothérapeutique	1	Emotionnelles et rationnelles	1	
	Connaissance du résident sur le rôle de l'ergothérapeute et explication des objectifs	1	Échange entre l'ergothérapeute et le résident sur l'activité	1	Mise en pratique des conseils et utilisations des aides-techniques	1			
Total des indices	2/2		2/2		2/2		1/1		7/7
Total des indicateurs	100%		100%		100%		100%		

Annexe 27 : Tableau de résultats du codage relatif au binôme 3

Indicateurs	Finalisation		Intériorisation		Formalisation		Gouvernance		
Indices	La présence d'objectifs communs	1	Interactions et échanges	1	Utilisation d'outils communs	1	Centralisation des informations	1	
	Reconnaissance de l'ergothérapie par l'aide-soignante	0	Reconnaissance de la plus-value de la collaboration	1	Existence de règles et protocoles	1			
	Reconnaissance du travail de l'aide-soignante par l'ergothérapeute	0	Connaissance des rôles et compétences interprofessionnelles	1					
Total des indices	1/3		3/3		2/2		1/1		7/9
Total des indicateurs	33%		100%		100%		100%		

Indicateurs	Planification		Mise en expérience		Généralisation sur le long terme des apprentissages		Nature des connaissances acquises		
Indices	Planification de l'activité	1	Posture de l'ergothérapeute	1	Echange entre l'aide-soignant et le résident sur l'intervention ergothérapeutique	1	Emotionnelles et rationnelles	1	
	Connaissance du résident sur le rôle de l'ergothérapeute et explication des objectifs	1	Echange entre l'ergothérapeute et le résident sur l'activité	0	Mise en pratique des conseils et utilisations des aides-techniques	1			
Total des indices	2/2		1/2		2/2		1/1		6/7
Total des indicateurs	100%		50%		100%		100%		

## Annexe 28 : Diagrammes représentant les résultats des variables des trois binômes



## Abstract

La population vieillissante en France subit un déclin fonctionnel impactant leur indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, la personne âgée se voit habiter un nouveau chez-soi qu'est l'EHPAD. Dans ces institutions, la réalisation des soins personnels devient généralement compensée par l'intervention des aides-soignants. Seulement, les contraintes institutionnelles amènent ce personnel à réaliser la toilette à la place de la personne. Cependant, l'ergothérapeute œuvre pour le maintien de l'indépendance et de l'autonomie. Dans ce travail, nous questionnons la collaboration entre ergothérapeute et aide-soignant pour permettre le maintien des capacités du résident à réaliser sa toilette. Des entretiens croisés ont été menés auprès de six professionnels. L'analyse des résultats permet d'affirmer que la pratique collaborative a un impact sur l'expérimentation active de l'activité toilette. Ces derniers encouragent donc les temps de collaboration avec le personnel soignant afin d'atteindre le but commun : le bien-être de la personne âgée.

The ageing population endures from a functional decline impacting their independence in the activities of daily living, in France. When staying at home is not an option anymore, elderly persons must invest a new place to live : the nursing homes. In these institutions, care assistants generally compensate the patients' difficulties with personal care. However, due to institutional constraints, the care assistants often don't take into consideration the capacities of the patients and carry out the grooming without having the patient take part. Whereas, the role of the occupation therapist is, instead, to maintain the person's autonomy and independence. This dissertation looks at the collaboration between occupational therapist and care assistant, in order to preserve the resident's capacities, in the grooming activity. That's why six professionals have answered bisecting interviews. Therefore, the results show that collaborative practice has an impact on active experimentation in grooming. And consequently encourages occupational therapists to set up collaboration time with care assistants in order to achieve their common goal : the resident's well-being.