

# Les entretiens d'admission en Équipes Spécialisées Alzheimer

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du Diplôme d'État  
d'ergothérapeute 2016

GOHIN Laura

## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), Laura Gohin étudiant(e) en 3<sup>ème</sup> année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le

Signature :



### Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné »

Les mots en italiques sont indiqués dans un glossaire en fin de mémoire.

## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier :*

*Valérie Dyon pour m'avoir suivie, encouragée et conseillée durant cette année.*

*Les ergothérapeutes ayant pris du temps pour répondre à mes questions et qui ont contribué à ce mémoire.*

*Les formateurs de l'IFE de Créteil qui m'ont aiguillé.*

*Mes amis et mes proches pour leur soutien et leurs corrections.*

*« Une preuve bien certaine de l'infirmité de notre mémoire, c'est notre ignorance de l'avenir »*

Mon journal, Léon Bloy, édition Robert Laffont, coll. bouquins, 1999, p. 218

# SOMMAIRE

Introduction.....	1
La situation d'appel.....	2
<b>CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>4</b>
I Les Équipes Spécialisées Alzheimer.....	4
A/ Les plans Alzheimer.....	4
B/ L'Équipe Spécialisée Alzheimer.....	6
C/ La Maladie d'Alzheimer.....	8
D/ L'ergothérapeute en ESA.....	11
E/ Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	13
II La Démarche de Soins.....	16
A- L'entretien d'admission.....	16
B/ L'entretien.....	16
D/ L'entretien dans le cadre du programme COTID.....	22
E/ Le programme de soins.....	23
Problématique et hypothèse.....	26
<b>CADRE EXPERIMENTAL.....</b>	<b>27</b>
I Méthodologie de recherche.....	27
A/ Objectifs de l'enquête.....	27
B/ Choix de la population interrogée.....	28
C/ Pré-enquête.....	28
D/ L'outil de réalisation de l'enquête.....	28
II Présentation des Résultats.....	30
A/ Généralités.....	30
B/ Guide d'entretien.....	32
C/ Plan de traitement.....	34
D/ Ouverture.....	35
III- Analyse thématique des résultats.....	36
A/ Généralités.....	36
B/ Guide d'entretien.....	37
C/ Plan de traitement.....	39
D/ Ouverture.....	40
E/ Constat.....	41

IV Discussion .....	43
A- Discussion suite aux résultats.....	43
B- Limites de l'enquête d'initiation à la recherche .....	47
C- Apports et intérêt de l'enquête d'initiation à la recherche .....	48
Conclusion .....	49
Glossaire.....	51
BIBLIOGRAPHIE .....	54
Table des annexes.....	58



## Introduction

Ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie concerne les entretiens d'admission réalisés par l'ergothérapeute au sein des Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA). Il traite du guide d'entretien pouvant être utilisé par l'ergothérapeute et plus précisément de la fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » qui est préconisé par Maud Graaf et Al., dans le cadre du Programme COTID (Community Occupational Therapy in Dementia).

En France 900 000 personnes seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Depuis 15 ans le gouvernement français a instauré des plans successifs pour mettre en place des mesures afin de répondre à ce problème de santé publique. Les ESA sont parties intégrantes du troisième plan Alzheimer, mis en place en 2008. Les ESA sont donc des structures récentes, dont les premières ont moins de huit ans. Ce travail cherche donc à étudier une partie de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute en ESA.

Ce mémoire présentera la situation d'appel au départ de ce travail de fin d'étude, ainsi que les termes et les concepts développés dans la partie théorique ; reprenant les Équipes Spécialisées Alzheimer et la démarche de soins. La problématique et l'hypothèse seront ensuite exposées. La partie expérimentale avec la présentation des résultats des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes, et la discussion des résultats obtenus, tenteront d'apporter des réponses au questionnement évoqué.

## La situation d'appel

C'est lors de mon stage de fin de deuxième année en Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA) que la problématique sur les entretiens d'admission a émergé. J'avais pu assister à des entretiens d'admission réalisés par l'ergothérapeute seul, ou par l'ergothérapeute et l'infirmière coordinatrice (IDEc). Ces situations m'ont interpellée, parce que l'ergothérapeute qui travaille en ESA intervient au domicile de personnes ayant des troubles cognitifs et qu'il faut entamer la relation dans de bonnes conditions afin de pouvoir continuer la prise en soin.

Durant ce stage, j'ai assisté à une réunion d'échanges des pratiques entre les ergothérapeutes qui travaillaient dans les différentes ESA du département. Tous ne réalisaient pas cet entretien d'admission, d'autres le réalisaient en partenariat avec l'infirmière coordinatrice, ou encore certains le réalisaient seuls. Les modalités d'évaluations étaient variables également. Cela m'a conforté dans le fait que le sujet méritait d'être exploré.

Dans un premier temps, je souhaitais aussi réaliser ce mémoire sur les séances d'évaluations qui font suite à l'entretien d'admission. Cependant, début janvier, je me suis rendue compte que je n'arriverai pas à traiter correctement la thématique de l'entretien d'admission et celui de l'évaluation. Je me suis focalisée sur l'entretien d'admission car c'est la première prise de contact entre l'ergothérapeute, le patient et son aidant, et que les modalités de réalisation de cet entretien peuvent être très différentes d'une ESA à l'autre. Je me suis d'abord intéressée à la participation de l'ergothérapeute à cet entretien, qui facilite l'établissement de son plan de traitement. Toutefois, suite aux ateliers méthodologiques il m'a été conseillé de préciser mon hypothèse d'initiation à la recherche sur une pratique de l'ergothérapeute. À la suite de plusieurs contacts téléphoniques avec différents ergothérapeutes exerçant en ESA en France, j'ai pu constater que certains professionnels n'utilisaient aucun guide lors de cet entretien, que d'autres avaient un guide préétabli avec nombres de questions à évoquer. Certains ergothérapeutes utilisaient le programme COTID (Community Occupational Therapy in Dementia). Le COTID, propose un programme pour les ergothérapeutes intervenant au domicile auprès de personnes âgées ayant une démence et leurs aidants. Il met à disposition des outils d'entretiens pour les ergothérapeutes. J'ai alors souhaité me pencher sur la fiche des « Questions à

aborder lors de la première visite à domicile » présentée par M. Graaf et Al. dans le cadre du programme COTID.

Ma problématique est la suivante : En quoi l'ergothérapeute peut-il optimiser son plan de traitement grâce aux éléments recueillis lors des entretiens d'admission ?

Mon hypothèse est que : L'utilisation d'un guide d'entretien, notamment de la fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » du programme COTID, participe à établir un plan de traitement optimal.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche je souhaiterais pouvoir élaborer une réponse à ce questionnement.

# CADRE THEORIQUE

## I Les Équipes Spécialisées Alzheimer

### **A/ Les plans Alzheimer**

Le plan qui est actuellement en cours est le Plan Maladie Neuro Dégénérative 2014-2019 (PMND), il fait suite au plan Alzheimer 2008-2012. Comme son nom l'indique il est étendu aux maladies neuro dégénératives, et non plus uniquement aux seules démences. Des maladies comme la sclérose en plaque ou la maladie de parkinson seront aussi prises en compte. C'est le quatrième plan lancé par le gouvernement. Le premier était en 2001-2004, le second de 2004 à 2007.

#### **1) Le plan Alzheimer 2008-2012**

Les ESA ont été mises en place suite au plan Alzheimer 2008-2012. Le but est de « *maintenir et d'améliorer les capacités résiduelles, par l'apprentissage de stratégies de compensations afin de permettre le maintien au domicile* »<sup>1</sup>.

Le plan Alzheimer 2008-2012 était réparti en trois grands axes, avec 44 mesures. Le premier axe porte sur l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants. Le deuxième axe s'intitule « connaître pour agir », il est centré sur la recherche. Le dernier est « se mobiliser pour un enjeu de société », et il vise à informer le grand public et les personnes concernées par la maladie, des moyens mis en œuvre. Il permettra aussi de créer des espaces de réflexions au niveau Européen, sur des sujets comme l'éthique, l'autonomie, ou le cadre législatif autour du patient.

Dans ce plan Alzheimer 2008-2012, c'est la mesure n°6 du premier axe qui encadre l'intervention des ESA : elle vise au renforcement du soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés. Le budget alloué à cette mesure était de 169 millions d'euros.

#### **Le constat de départ en 2008 :**

« *Les personnels soignants sont insuffisamment formés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur de nombreux aspects essentiels de la vie courante. L'insuffisance de formation touche également l'apprentissage de gestes adaptés qui sécurisent le malade, l'aptitude à la communication non verbale et la prise en charge des troubles cognitifs*<sup>2</sup>. »

---

<sup>1</sup> Cahier de charge des ESA p.1 et 2

<sup>2</sup> Plan Alzheimer 2008-2012 page 27

La mesure n°6<sup>3</sup> prévoit alors la création d'une formation d'Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG) qui agirait dans le cadre d'Équipes Spécialisées. Les ESA seraient aussi composées d'ergothérapeutes et/ou de psychomotriciens, ainsi que d'une infirmière coordinatrice.

### ***Les acteurs de la mise en place de la mesure n°6***

La Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie, le ministère chargé des affaires sociales, le ministère chargé de la Santé en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS), et les Agences Régionales de Santé (ARS) sont les acteurs de l'organisation structurelle et financière des ESA.

### ***Les conclusions apportées suite au plan 2008-2012***

Le rapport d'évaluation du plan Alzheimer, réalisé en 2013, rapporte que les bénéficiaires et les médecins prescripteurs se disent satisfaits de la prestation effectuée. Petit bémol cependant : l'enquête de ce rapport n'a pas questionné sur le contenu des actions entreprises.

Il est constaté que les résultats obtenus sont fragiles, et que l'évolution de la maladie vient stopper le travail réalisé.

Il a aussi été rapporté que les conditions d'admissions des patients au programme de réhabilitation sont rarement respectées, car trop restrictives. En effet, les patients qui sont « dépistés » tôt, sont moins nombreux, et souhaitent rarement suivre ces séances de réhabilitation. Et des patients dépistés trop tard ne peuvent plus prétendre aux séances de l'ESA.

Un autre point qui est mis en avant est la méconnaissance du fonctionnement et du rôle de l'ESA par les médecins généralistes, alors qu'ils devraient être les premiers prescripteurs. Certains doutent même de l'efficacité de l'équipe.

Suite à toutes ces observations, ce rapport préconise de ne plus prendre en charge uniquement les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, mais de l'étendre aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Le nombre et le contenu des séances pourront être adaptés aux besoins du patient.

Le rapport relate que fin 2012 il y a seulement 273 ESA qui ont été créées sur les 500 prévues.

La recommandation n°10 qui est faite après cet état des lieux est de donner aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) volontaires la possibilité de disposer de prestations d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens, afin d'en élargir le bénéfice aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs.

---

<sup>3</sup> Objectifs du plan Alzheimer 2008-2012 page 27

## **2) Le Plan Maladie Neurodégénérative (PMND) 2014-2019**

Le plan maladie neurodégénérative 2014-2019 comprend quatre axes, douze enjeux, et quatre-vingt-seize mesures.

Il a pour objectif de :

- « - *Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire.*
- *Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne.*
- *Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives.*
- *Faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé.* »<sup>4</sup>

Concernant les ESA, les nouveautés sont :

- La création de 74 nouvelles Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA), soit 740 places et 2 220 personnes accompagnées.
- L'expérimentation d'interventions d'équipes spécialisées, sur le modèle des ESA afin de répondre aux besoins des personnes touchées par une autre maladie neurodégénérative ; concrétisée par la mesure n°22 qui consiste à poursuivre les efforts engagés pour développer des équipes spécialisées.

Ce plan souhaite donc assurer la continuité de fonctionnement des ESA.

## **B/ L'Équipe Spécialisée Alzheimer**

### **1) Intégration structurelle de l'ESA**

Les ESA sont intégrées dans les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), ou dans les SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile), qui doivent avoir une capacité d'accueil de plus de soixante places. Dans le cas contraire ils doivent obtenir une dérogation délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 P.4

<sup>5</sup> Circulaire n° : DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 du 5 avril 2012 relative aux orientations de l'exercice 2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées P.28

## **2) Les acteurs de l'ESA**

L'ESA est constituée d'une Infirmière coordinatrice qui consacre 25% de son temps à l'équipe. Le cahier des charges des ESA<sup>6</sup> indique que l'infirmière coordinatrice a un rôle d'échange avec les partenaires, de coordination et du suivi du patient, ainsi que de « l'évaluation de base ». Dans ce cas l'évaluation de base est un terme général, et n'est pas développée plus amplement dans le cahier des charges des ESA.

L'équipe, est constituée d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien présent à hauteur d'un temps plein. Il a pour rôle de réaliser les évaluations, ainsi que les séances de réhabilitation et le bilan de la prise en soins qui devra être envoyé au médecin traitant. Les Assistant(e)s de Soins en Gériatrie (ASG), représentent un temps plein et demi. Ils ont pour rôle de réaliser les séances de réhabilitation qu'auront établi l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien.

Les patients pourront être dirigés vers les ESA suite à une orientation du médecin traitant, du neurologue, ou suite à une consultation mémoire. Une prescription médicale sera nécessaire avant de débiter la prise en soins.

## **3) Les conditions d'admission à l'ESA**

Pour disposer des séances de réhabilitation dispensées par l'ESA, le patient doit avoir eu le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées posé. De plus il doit être à un stade relativement précoce de la maladie. De manière quantitative, il faut que le patient ait un *MMSE*<sup>7</sup> supérieur à 18, voire 15 minimum. De manière qualitative, il faut que le patient soit gêné dans ses activités de vie quotidienne. Le patient devra donner son accord pour effectuer les séances de réhabilitation.

La prescription pour les séances réalisées par l'ESA ne doit pas excéder les trois mois, ce qui correspond à quinze séances. Il est préconisé dans le cahier des charges<sup>8</sup> qu'elles soient réalisées une fois par semaine, et que les séances durent en moyenne une heure. Il est évidemment conseillé d'adapter les séances selon les habitudes, les possibilités du patient. Ces séances sont renouvelables l'année suivante.

---

<sup>6</sup> Circulaire DGCS/SD3A no 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure n° 6)

<sup>7</sup> Mini Mental State Examination of Glossaire

<sup>8</sup> Circulaire DGCS/SD3A no 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure no 6) P. 9

## C/ La Maladie d'Alzheimer

### 1) Historique

Le terme démence ou *dementia* semble être apparu au deuxième siècle après Jésus Christ avec Galien, médecin Grec de l'Antiquité. Demens est un dérivé du latin et signifie hors de l'esprit. La description de la maladie d'Alzheimer est faite en 1907 par Aloïs Alzheimer, médecin psychiatre et neurologue. Il montre l'existence d'agglomérations de neurones anormaux avec des plaques séniles (découvertes en 1892 par Blocq et Marinesco) ; chez un de ses cas cliniques, qui présentait des troubles majeurs de la mémoire, et une baisse des fonctions cognitives. Il appellera cette affection la dégénérescence neuro-fibrillaire, qui sera dorénavant considérée comme une maladie neurologique. Il préconise aux malades de l'exercice en plein air, de la gymnastique, des massages, des bains chauds ou tièdes. En 1912, Kraepelin psychiatre Allemand, insiste sur le fait que la maladie d'Alzheimer est une maladie du sujet jeune, qui est rare et dégénérative. Même si on parle de démence sénile jusque dans les années 1980.

Dans les années soixante et quatre-vingt, les chercheurs en neurosciences progressent et démontrent le rôle de la *protéine  $\beta$ -4 amyloïde*, et les altérations des systèmes cholinergiques centraux dans la maladie d'Alzheimer.

En 1984 sont établis des critères pour pouvoir diagnostiquer la maladie. En 1998, en France, la HASP (Haute Autorité de Santé Publique), mentionne pour la première fois la maladie d'Alzheimer comme problème de santé publique. Puis suivent les plans Alzheimer à partir de 2001<sup>9</sup>.

### 2) Épidémiologie

Dans le monde, c'est 47.5 millions de personnes qui sont touchées par la maladie d'Alzheimer, c'est 7.7 millions de nouveaux cas chaque année. 60 à 70% des cas de démences seraient de type Alzheimer<sup>10</sup>.

En France il y aurait 900 000 malades, et ils devraient être 1.3 millions en 2020<sup>11</sup>. La maladie d'Alzheimer est donc bien un problème de santé publique qui prend toute son importance avec le vieillissement de la population en France. 2% des cas sont diagnostiqués avant 65 ans, ils représentent 2 à 4% de la population générale après 65 ans, et 15% à 80 ans<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Pr Blanchard *Histoire de la maladie d'Alzheimer* Assise Régionale Alzheimer 2009

<sup>10</sup> Chiffres de l'OMS mars 2015

<sup>11</sup> Chiffres de l'INSERM juillet 2014

<sup>12</sup> Ibid



### 3) Définitions :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la démence est définie comme un syndrome chronique qui perturbe les fonctions cognitives « *mémoire, raisonnement, orientation, compréhension, calcul, apprentissage, langage et jugement. La conscience n'est pas touchée* ».

Cette définition rapporte aussi que les aspects sociaux, comportementaux et motivationnels sont atteints.

\* Le DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publié en 1994 et révisé en 2000 définit les démences par « *l'apparition de déficits multiples, (parmi lesquels une altération de la mémoire), qui sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale, aux effets persistants d'une substance ou à des étiologies multiples.* ». <sup>13</sup>

Le DSM IV répertorie la maladie d'Alzheimer dans la partie Delirium, Démence, et autres troubles cognitifs. Il qualifie la maladie d'Alzheimer selon plusieurs critères pour établir un diagnostic :

- Critère A : il définit le déficit cognitif ; précisé par le critère A1 pour la mémoire, et A2 pour les *aphasies, apraxies, agnosies*, et les perturbations des fonctions exécutives.
- Critère B, est celui de l'altération du fonctionnement de la personne par rapport à son comportement.
- Critère C, est celui du déficit cognitif qui doit continuer à décliner.
- Critère D, précise qu'il faut avoir éliminé toutes les autres possibilités de causes au déclin cognitif. Que ce soient des affections du Système Nerveux Central, des affections générales types *VIH*.
- Critère E, précise qu'il ne faut pas que ces symptômes interviennent au cours d'un *delirium*.
- Critère F, explicite également que les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble psychique; comme par exemple des troubles dépressifs ou des psychoses.

Cette classification précise aussi des sous-types : si la maladie débute avant 65 ans ou après. Et si la maladie s'accompagne de troubles du comportement ou non.

Le DSM décrit qu'en moyenne le patient perd trois à quatre points du *MMSE* par an.

\* Le DSM V est publié en 2013. Il apporte des modifications quant à la pose du diagnostic. La maladie d'Alzheimer y est désormais décrite dans la partie des troubles neurocognitifs.

La différence réside notamment dans les critères de diagnostic. En effet, le DSM donne des critères différenciant un diagnostic possible d'un diagnostic probable en cas de léger trouble neurocognitif, ou en cas de troubles majeurs.

Pour les cas de troubles neurocognitifs majeurs : si tous les critères suivants sont réunis, le diagnostic de maladie sera probable. S'il n'y a que quelques critères le diagnostic sera juste possible.

Selon le DSM V ces critères sont :

1) La preuve d'un responsable génétique : une mutation génétique héréditaire ou révélée par un test.

2) si les critères suivants sont remarqués :

a/ un déclin de la mémoire et des apprentissages.

b/ une baisse graduelle des fonctions cognitives sans plateaux de stabilisation.

c/ aucune autre maladie qui pourrait contribuer au déclin cognitif.

Pour les cas de troubles neurocognitifs légers : le diagnostic sera probable s'il y a la preuve d'un responsable génétique démontré par un test ou par l'histoire de la famille.

On remarque que le DSM V publié en 2013 est plus mesuré en ce qui concerne la pose du diagnostic de la maladie d'Alzheimer que ne l'était le DSM IV en 1994.

#### **4) Les différentes phases de la maladie d'Alzheimer**

La littérature décrit trois phases à la maladie d'Alzheimer : le stade initial, le stade intermédiaire, et le dernier stade<sup>14</sup>.

Le stade initial : il passe généralement inaperçu, les lésions s'installent sans attirer l'attention. C'est l'installation insidieuse des déficits neurobiologiques. La personne pourra faire quelques oublis. Le *MMSE* est considéré comme supérieur à 20.<sup>15</sup>

Le stade intermédiaire : les symptômes se font plus visibles, la personne aura tendance à oublier les événements récents, le prénom des gens, avoir des difficultés d'orientation chez elle. Des changements comportementaux pourront être remarqués comme des errances. Le *MMSE* est compris entre 10 et 20<sup>16</sup>.

Le stade avancé : la personne devient presque totalement dépendante, les troubles de la mémoire sont prépondérants. Les repères spatio-temporels sont affectés, elle ne reconnaît plus ses proches, les

---

<sup>13</sup> DSM IV P. 205

<sup>14</sup> <http://accres.ens-lyon.fr/accres/ressources/neurosciences/maladies-et-traitements/alzheimer/la-maladie-dalzheimer-a-lechelle-de-lindividu/les-differentes-phases-de-la-maladie>

<sup>15</sup> HAS, Recommandation de bonne pratique 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge

déplacements seront difficiles, les changements comportementaux seront plus marqués. Le MMSE est considéré comme inférieur à 10<sup>17</sup>.

Il est important que l'orientation des patients par les professionnels vers les ESA se fasse lorsqu'ils sont au stade initial de la maladie afin de pouvoir proposer des compensations qui puissent être instaurées le plus tôt possible.

## **D/ L'ergothérapeute en ESA**

### **1) Définition de l'ergothérapeute**

Il est intéressant de donner brièvement les notions clés de l'ergothérapie. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), indique que l'ergothérapie a pour objectif de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* »<sup>18</sup>. L'ergothérapeute agit sur les situations de handicap de la personne en lien avec ses habitudes de vie et son environnement.

L'ergothérapeute est « un professionnel de la santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé »<sup>19</sup>. L'ergothérapeute qui travaille en ESA, exerce sa pratique avec et pour le patient, avec ses capacités et son environnement afin de favoriser son autonomie à son domicile.

Le référentiel d'activité des ergothérapeutes est défini par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute par le ministère de la santé et des sports. Il comprend neuf activités référencées. La première étant « le recueil d'informations, les entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique<sup>20</sup>. » L'entretien d'admission réalisé dans le cadre des ESA, est alors parfaitement ancré dans le champ d'activité des ergothérapeutes. Le détail des autres activités est disponible dans cet arrêté.

---

<sup>16</sup> HAS, Recommandation de bonne pratique 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge

<sup>17</sup> Ibid

<sup>18</sup> <http://www.anfe.fr/index.php/l-ergotherapie/la-profession>

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute sur le site [http://www.anfe.fr/.../telec.../TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](http://www.anfe.fr/.../telec.../TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)

## 2) L'ergothérapeute Équipe Spécialisée Alzheimer

La Haute Autorité de Santé (HAS) a produit un document relatif aux actes d'ergothérapie pouvant être réalisés au domicile du patient souffrant de la maladie d'Alzheimer.<sup>21</sup>

L'ergothérapeute peut réaliser des activités de réadaptation cognitive via les activités de vie quotidienne. Il effectue des activités de réadaptation autour de la mobilité et des transferts. Il préconise et aide à l'utilisation d'aides techniques. Il est apte à faire de la prévention sur les risques de chutes, le positionnement assis et allongé du patient. Il réalise des actions de sensibilisation à la compréhension, à la prise en charge de la maladie, au patient et à l'aidant. Il peut conseiller l'aménagement de l'environnement. L'ergothérapeute collabore et coordonne ses actions sur le terrain avec les autres acteurs de la prise en soin. Il est le protagoniste de la communication autour du patient, de son entourage. Il participe aux échanges d'informations avec les professionnels qui gravitent autour du malade.

La HAS donne des outils d'évaluations qui peuvent être utilisés par les ergothérapeutes. Par exemple : Le *Bilan modulaire d'Ergothérapie* (BME), le *Modèle Canadien du Rendement Occupationnel* (MCRO).

L'activité d'ergothérapeute en ESA s'exerce dans un cadre pluriprofessionnel puisque il exerce son activité en relation directe et permanente avec l'infirmière coordinatrice, les Assistantes de Soins en Gériatrie, mais aussi avec les aides-soignant(e)s et infirmier(e)s de l'institution qui peuvent intervenir auprès du patient et/ou de son aidant. Les aidants naturels étant « les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne »<sup>22</sup>.

L'ergothérapeute peut aussi s'aider de modèles conceptuels afin d'étayer sa pratique. Dans le cadre de ce mémoire c'est le Modèle de l'Occupation Humaine qui est choisi.

---

<sup>21</sup> HAS Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée Janvier 2010

<sup>22</sup> HAS Synthèse des recommandations de bonnes pratiques MAMA : suivi médical des aidants naturels Février 2010

## E/ Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

### 1) Définition

Le MOH, a été publié en 1980 par Gary Kielhofner qui était ergothérapeute et chercheur en ergothérapie. Il y a eu une réédition en 1998, 2002 et 2008. Ce modèle ergothérapeutique permet de définir les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et l'environnement permettant de rendre compte de l'activité humaine et de son évolution. (Schéma cf annexe I) « Le MOH s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société »<sup>23</sup>

*« L'occupation humaine se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique »<sup>24</sup>.*

Les bases structurelles du modèle sont la volition, l'habituatation et la capacité de rendement.

La volition « *représente la motivation d'une personne à agir sur son environnement* »<sup>25</sup>. Elle est composée : des déterminants personnels (ce que la personne pense de son efficacité), des valeurs (significatives à chaque individu) et les intérêts (ce qui rend l'activité intéressante et fait prendre du plaisir à la personne qui les réalise).

L'habituatation, est la répétition de comportements, qui deviennent des habitudes et qui sont alors réalisés de manière quasi-automatique. Il y a une distinction entre les habitudes qui sont les comportements automatiques et les rôles qui sont les comportements adaptés/appris en réaction à l'environnement social.

La capacité de rendement, c'est « *la possibilité pour une personne, d'atteindre ses buts en fonction des moyens dont elle dispose* »<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> . R. Bélanger et Al. *Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation des personnes aux prises avec des troubles mentaux*. P.8 Dans Le partenaire Vol. 13, n°1, hiver 2006

<sup>24</sup> Définition de G. Kielhofner (2002) *Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation des personnes aux prises avec des troubles mentaux*. P.8 dans R. Bélanger et Al. Dans Le partenaire Vol. 13, n°1, hiver 2006

<sup>25</sup> Ibid P.9

<sup>26</sup> Ibid

Dans le MOH, l'environnement dépendra de la volition, l'habituatation et la capacité de rendement. L'environnement comprend l'environnement physique (matériels, espaces), et l'environnement social (groupes sociaux auxquels appartient l'individu). Le MOH vise donc à comprendre les interactions qui agissent entre l'environnement et les bases structurelles du modèle (Volition, habituatisation, capacité de rendement). Ces composantes du MOH, sont donc interdépendantes entre elles et c'est ce qui favorise le changement des comportements.

Kielhofner donne trois niveaux à la réalisation d'occupations. Ce sont les dimensions de l'agir, qui permettent de développer son identité, ses compétences et permettent à l'individu de s'adapter à son environnement<sup>27</sup> :

D'abord la participation occupationnelle, c'est l'engagement de l'individu dans ses activités de vie quotidiennes, (loisirs, travail) significatives pour la personne.

Ensuite, le rendement occupationnel ; ce sont toutes les tâches qui permettent l'activité. Ces tâches sont normées culturellement et socialement.

Enfin, Kielhofner distingue les habiletés mises en œuvre dans les activités. Elles sont observables, selon qu'elles soient motrices, exécutives ou communicatives.

L'adaptation occupationnelle est alors la résultante des interactions entre la volition, l'habituatation, la capacité de rendement, avec la réalisation des occupations et l'environnement.

Cette dynamique permet de distinguer l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle.

L'identité occupationnelle est la connaissance que chacun a de ses capacités, de son efficacité suite aux expériences précédentes, et de la manière dont elle souhaite réaliser ses futures activités.

La compétence occupationnelle est l'intensité que met la personne à réaliser ses habitudes occupationnelles. C'est « *la façon dont une personne organise sa vie pour prendre ses responsabilités et atteindre des standards personnels tout en respectant les obligations sociales de ses rôles.* »<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Marie-Chantal Morel-Bracq *Modèles conceptuels en Ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux P.70*

<sup>28</sup> Ibid

## 2) Le MOH dans le cadre des entretiens d'admission en ESA

J'ai choisi d'utiliser le MOH dans ce mémoire car je pense qu'il convient parfaitement au cas et aux situations exposées ici. En effet, les ergothérapeutes qui travaillent en ESA, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont exactement face à ces problématiques de « *centrage sur le client*<sup>29</sup> ». Ils impulsent la réflexion sur la réalisation des activités et vont établir des objectifs dont le patient et son entourage seront le point de départ. C'est ce qui est important dans les prises en soins des ergothérapeutes, notamment en ESA, d'adapter un plan de traitement spécifique à chaque patient. De plus c'est un modèle centré sur la volition de la personne qui a un impact fondamental dans la participation aux activités. C'est une problématique qui est importante dans la prise en soins des personnes atteintes d'Alzheimer.

Par ailleurs, le MOH est utilisé dans le cadre du programme COTID. M. Graaf intègre entièrement le patient et l'aidant dans l'élaboration et la formulation du programme de soin. C'est un modèle qui permet de se référer en permanence au « client », et d'ajuster au mieux le plan de traitement durant la prise en soins.

Pour toutes ces raisons, je trouve pertinent d'utiliser le MOH, dans le cadre d'intervention au domicile auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer afin d'aider à l'établissement de la démarche de soins.

---

<sup>29</sup> Le terme client est employé dans la culture, et la littérature Anglo-saxonne : il désigne le patient

## II La Démarche de Soins

### **A- L'entretien d'admission**

« Nous ne pouvons changer ni le monde, ni l'autre, notre semblable... Mais nous pouvons changer notre regard sur lui, et par là même notre relation. Et cela c'est fabuleux de possibles. »<sup>30</sup>

L'entretien d'admission est le premier contact physique entre le thérapeute et le patient.

Il est important qu'il se passe dans les meilleures conditions possibles, car l'adhésion du patient et du professionnel à la prise en soin débute lors de cet entretien.

Certains diront même que tout est joué dès la première poignée de main. Il s'agit alors de comprendre les mécanismes de cet entretien qui marquent le début de la relation.

Généralement pour cet entretien en ESA, l'ergothérapeute peut être seul ou accompagné de l'infirmière coordinatrice de l'ESA. Le patient et une tierce personne, qui est souvent l'aidant sont également présents.

### **B/ L'entretien**

#### **1) Définition**

L'entretien peut-être défini par « une situation de communication entre deux personnes dont l'une cherche à obtenir des informations de la part de l'autre selon des objectifs précis avec son assentiment »<sup>31</sup>

L'entretien pourra être non-directif, c'est-à-dire que celui qui mène cet entretien intervient le moins possible. A l'inverse il y a l'entretien directif, comme son nom l'indique, la personne qui mène l'entretien dirige l'échange. Lorsque la personne qui mène l'entretien ne fait que diriger les thématiques abordées sans poser de questions précises, on parle d'entretien semi-directif.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> J. Salomé *Relation d'aides et formation à l'entretien* P. 98

<sup>31</sup> Sylvie Hurel, Jean philippe Chatelain *l'entretien individualisé* Site : [www.ac-rouen.fr/.../les-techniques-et-les-pieges-de-l-entretien\\_1302700](http://www.ac-rouen.fr/.../les-techniques-et-les-pieges-de-l-entretien_1302700))

<sup>32</sup><http://www.definitions-marketing.com/definition/>



## 2) Fonctions

J. Salomé, psychosociologue et formateur, cite plusieurs fonctions à un entretien<sup>33</sup>. L'entretien peut permettre de partager des informations, des données. C'est un échange qui se fait avec plus ou moins de convivialité. Il permet aussi d'ordonner les idées, le discours de la personne qui s'exprime. Il a une « *fonction de libération* » de la parole, et permet ainsi d'évacuer des tensions, « *d'extérioriser les peurs* ». Il peut faire prendre conscience à la personne écoutée du « *sens profond de ce qu'il dit* », cela « *clarifie* » aussi le discours pour l'écouté ainsi que pour l'écouter. En s'exprimant, l'écouté effectue un « *recadrage* », qui permet de voir le « *problème sous un autre angle, de plus haut* ». L'entretien assure une « *fonction sémantique* », le discours s'ancre, alors qu'il aurait pu rester « *irréel* ». L'entretien permet aussi de se focaliser sur certains points, c'est ce que J. Salomé appelle l'amplification. Pour finir, l'entretien a une « *fonction thérapeutique* », où l'inconscient peut apparaître ; pour J. Salomé c'est la « *symbolisation possible des non-dits, des sentiments, des désirs ou des somatisations* »<sup>34</sup>.

## 3) Les différentes phases de l'entretien :

J. Salomé distingue huit phases lors d'un entretien. Premièrement il y a la phase d'accueil, puis il y a l'exploration des attentes et la verbalisation des objectifs. Troisièmement c'est le recueil de l'expression du patient, suivi de la clarification. Dans le contexte de l'entretien d'admission en ESA il est effectué par l'ergothérapeute, ou par celui qui mène l'entretien. La phase suivante est la focalisation sur les points qui posent des difficultés ; pour l'ergothérapeute cela pourrait être par exemple, les situations de handicaps dans la vie quotidienne. Vient ensuite la recherche de solutions, qui en ESA ne sont pas forcément évoquées durant ce premier entretien. L'entretien se termine alors, par la séparation des protagonistes. La dernière phase que J. Salomé évoque la suite donnée à l'entretien<sup>35</sup> ; en ESA ce seront les séances d'évaluations, et les séances de réhabilitation.

## 4) Les conditions de l'entretien :

Le bon déroulement d'un entretien dépend de plusieurs facteurs. J. Salomé évoque l'importance du lieu où se déroule l'entretien. Il est préférable qu'il se déroule dans un endroit calme, préservé d'éventuelles intrusions, et que la pièce ne soit pas trop impersonnelle. La disposition des sièges doit être pensée. Le moment de la journée choisie pourra avoir un impact sur la qualité de l'entretien, il sera

---

<sup>33</sup> J. Salomé *Relation d'aides et formation à l'entretien* P. 88-89

<sup>32</sup> *Ibid* P. 88-89

préférable de définir avec le patient quel est le moment qui lui convient. La durée de l'entretien doit être adaptée aux besoins du patient. Il doit être ajusté à la situation et à la personne au cas par cas. La présentation physique, les vêtements, la prestance ont leur importance, « *la première perception que l'autre a de nous aura des conséquences pour tout le déroulement de l'entretien* »<sup>36</sup>. Des facteurs sur lesquels nous ne pouvons agir ont aussi leur importance : l'âge, le sexe, le statut professionnel, ainsi que les représentations mentales, les expériences, les « *perceptions antérieures* » de chaque individu sont différentes et peuvent conditionner l'entretien indépendamment de la volonté du thérapeute.

Il y a aussi les conditions psychologiques dans lesquelles se trouvent le patient et le thérapeute. Si le patient est en demande ou en refus de l'aide, mais également si le thérapeute est disponible ou non pour accorder cette aide, cette écoute.

## 5) Les techniques d'entretiens et la communication

Il existe des techniques, qui lorsqu'elles sont utilisées dans un entretien, permettent de signifier à la personne, que celui qui mène l'entretien est toujours attentif, qu'il est toujours dans la relation. Ce sont des procédés de relance. Il y a la reformulation de ce que la personne a énoncé. Il est possible d'utiliser l'écho-miroir, où il s'agit de répéter la fin de la phrase, le dernier mot énoncé. Il y a l'interprétation : la personne qui mène, reformule ce qui est dit en proposant une ou des pistes de réflexion. Il existe la technique du reflet qui consiste à exprimer les sentiments et émotions que la personne pourrait ressentir. Le recentrage permet au meneur de ramener l'entretien sur la problématique. Il est tout à fait possible et conseillé de demander des informations complémentaires, ou des éclaircissements. Lors d'un entretien, il est important de marquer son écoute : ce sont des signes verbaux ou non-verbaux qui montrent que le meneur, a compris, qu'il est intéressé.<sup>37</sup>

\* la communication verbale et non verbale

Le terme communication vient du latin *communicare* qui signifie mettre en commun.

J. Salomé définit la communication comme « un processus par lequel des significations sont transmises entre deux personnes avec une intention ». <sup>38</sup>

La communication verbale ou non verbale est la clé de l'entretien, elle est la base de l'échange.

---

<sup>35</sup> J. Salomé *Relation d'aides et formation à l'entretien* P.90

<sup>36</sup> Ibid P.. 103

<sup>37</sup> J. Fournier Université Grenoble 1 *Guide pour la conduite d'entretien* p.4

<sup>38</sup> J. Salomé *Relation d'aides et formation à l'entretien* P. 106

La communication verbale est le fait de communiquer à l'aide de mots de langage qui sont énoncés à l'oral ou à l'écrit.

Lors de l'entretien d'admission l'échange se fait généralement par la voie orale. Il s'agit alors d'employer le niveau de langage adapté à l'interlocuteur, de choisir les mots adéquats, de faire attention au timbre de sa voix, ainsi qu'à son débit de parole afin de se faire comprendre du mieux possible.

La communication non verbale est un échange qui se déroule sans l'aide de mots.

Dans son livre sur la communication avec les malades d'Alzheimer, M. Khosravi, docteur en psychogérontologie, reprend les éléments de la communication non verbale.

L'attitude de la personne, le ton de la voix qui peuvent faire transparaître les émotions et les affects. La communication peut aussi se dérouler à travers des gestes. Les expressions du visage et le regard, permettent parfois d'exprimer beaucoup de choses, et peuvent remplacer de longs discours, ou peuvent manifester une pensée contraire au discours exprimé.<sup>39</sup>

\* Communiquer avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

Dans son livre *Communiquer avec un proche Alzheimer*, Thierry Rousseau, orthophoniste et docteur en psychologie donne des conseils de communication qui peuvent être utilisés par les aidants du patient. Ce sont des conseils qui peuvent être appliqués par tous ceux qui sont en relation avec des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Il faut parler lentement, calmement et s'exprimer de manière intelligible dans un discours logique. Les consignes exprimées à l'oral doivent être bien séparées. T. Rousseau conseille d'éviter les mises en échec afin de ne pas couper la communication, par une mise en difficulté du patient<sup>40</sup>.

M. Graaf, dans le programme COTID<sup>41</sup> spécifie que l'utilisation de proverbes, de dictons ou d'expressions toutes faites, ainsi que l'utilisation de l'humour peuvent aider à la communication. Durant l'entretien il sera possible de reproduire en miroir les gestes du patient.

M. Khosravi<sup>42</sup> indique aussi qu'il est important de connaître la nature de la démence de la personne afin d'adapter sa communication le mieux possible, et de pouvoir comprendre les attitudes et les comportements que peut avoir le patient.

---

<sup>39</sup> M. Khosravi *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles. Guide pratique.p.120 à 130*

<sup>40</sup> T. Communiquer avec un proche Alzheimer. Comprendre, déculpabiliser, maintenir un lien p.104

<sup>41</sup> M. Graff et Al., *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démences et leurs aidants. Le programme COTID P.334. (cf page suivante)*

<sup>42</sup> M. Khosravi *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles. Guide pratique.p.60*

Dr Lucien Mias<sup>43</sup>, précise également de « *livrer notre degré réel de compréhension* »<sup>44</sup>, c'est-à-dire de ne pas faire semblant de comprendre ce que le patient exprime et d'attendre sa réponse, même si cela prend du temps. Si la personne n'a pas correctement compris ce qui a été dit, il faut le répéter mais dans les mêmes termes. Il est important de continuer à utiliser les gestes de communication du quotidien comme serrer la main.

Lorsque le patient a un manque du mot, il est bon de chercher ce terme avec lui, de lui proposer des mots afin qu'il le trouve par lui-même. Il ne faut pas hésiter à expliquer les actions, la finalité des actions entreprises.

\* La relation d'aide

« *Notre première réaction lorsque nous rencontrons quelqu'un est une évaluation immédiate, un jugement plutôt qu'un effort de compréhension* ». <sup>45</sup>

Carl Rogers psychologue et psychothérapeute s'est beaucoup penché sur la question de la relation d'aide dans le cadre de l'exercice de sa profession. Il développe les qualités qui sont nécessaires afin de réaliser une relation d'aide.

Pour lui, elle fait appel à sept niveaux de compétences. Premièrement il faut avoir une juste présence : c'est-à-dire être présent tant physiquement que psychologiquement, l'idéal est de laisser transparaître un sentiment de sérénité, de bien-être...Mais pour cela il faut que le thérapeute soit lui-même dans cette schématique. Deuxièmement, il faut une bonne qualité d'écoute. Pour Carl Rogers il est nécessaire de savoir s'écouter, de se comprendre soi-même, d'être en accord avec soi, avant de chercher à comprendre, à aider autrui.

Troisièmement, il faut une capacité d'acceptation de l'autre, dans toute sa différence, et dans toute sa complexité. Quatrièmement, il faut savoir respecter cette autre personne qui mérite dignité et respect. Il est ensuite nécessaire d'avoir et d'exprimer de l'empathie afin de comprendre la situation de la personne aidée.

De plus il faut savoir rester authentique, ne pas avoir peur de montrer qui nous sommes. En effet en s'entourant d'artifices, l'interlocuteur pourrait détecter cette dissonance, et retirerait la confiance qu'il aurait pu placer dans le thérapeute. Pour finir, Carl Rogers incite à être congruent, c'est-à-dire,

---

<sup>43</sup> Suggestions pour aider à vivre au quotidien la Maladie d'Alzheimer (MA) et la Démence Sénile de Type Alzheimer (DSTA)

<sup>44</sup> L. MIAS Suggestions pour aider à vivre au quotidien la Maladie d'Alzheimer (MA) et la Démence Sénile de Type Alzheimer (DSTA) p. 19

<sup>45</sup> Carl Rogers *Le développement de la personne* P.16

d'exprimer ce que l'on pense, et de faire ce que l'on dit en accord avec ce que l'on ressent. Cela permet d'être en cohésion avec soi-même, d'être « vrai », et de pouvoir entretenir la confiance qu'autrui nous accorde.<sup>46</sup>

## 6) Le guide d'entretien

Il n'a pas été facile de trouver une définition du guide d'entretien. La bibliographie sur l'entretien est fournie, mais pas sur le guide d'entretien en tant que tel. L'unique définition satisfaisante qui m'a semblé pertinente est la suivante : c'est la « *liste des thèmes et points spécifiques à aborder au cours de l'entretien pour réaliser les objectifs de l'étude* »<sup>47</sup>. Dans le cadre des ESA, ces guides peuvent être réalisés par l'ergothérapeute. Il peut aussi utiliser un guide déjà préconçu, comme par exemple la fiche des questions à aborder lors de la première visite.

Un guide d'entretien permet d'avoir une trame préétablie, qui sert de support et permet d'éviter les oublis, ou les « blancs », il peut éventuellement donner plus de crédit au professionnel qui mène l'entretien et donne un cadre plus « officiel », les informations recueillies seront en adéquation avec ce qui est recherché et pourront éventuellement être comparées entre les entretiens réalisés avec les différents patients.

Toutefois, utiliser un guide peut entraîner un entretien trop directif, où celui qui mène l'entretien est moins à l'écoute de la personne, car il cherche à avoir toutes les réponses attendues. Celui qui mène l'entretien peut avoir tendance à couper le patient dans son expression afin de n'obtenir que les réponses qui l'intéressent, alors qu'un autre point de vue, ou des informations supplémentaires pourraient se révéler importantes<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup>Carls Roger *Le développement de la personne* P. 34 à 41 ; [rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/](http://rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/) ; et [masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/Carl\\_Rogers\\_et\\_la\\_relation\\_d\\_aide-2.pdf](http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/Carl_Rogers_et_la_relation_d_aide-2.pdf)

<sup>47</sup> <http://www.audirep.fr/glossaire.asp>

<sup>48</sup> Lefevre N, L'entretien comme méthode de recherche Master 1 Méthodes et techniques d'enquêtes

## **D/ L'entretien dans le cadre du programme COTID**

### **1) Présentation du COTID**

Le programme EDOMAH, signifie « Ergotherapiebij Dementerende Ouderen en hun Mantelzorgers Aan Huis » en Néerlandais, ou COTID « Community Occupational Therapy in Dementia » en Anglais.

Il définit et donne des outils pour la réalisation d'une intervention à domicile auprès de personnes souffrant de démences et leurs aidants.<sup>49</sup>

Ce programme est destiné aux ergothérapeutes qui agissent au contact de personnes atteintes de démences et de leurs aidants, sur leur lieu de vie. Cela peut donc être à domicile ou en institution.

C'est un programme qui a été mis en œuvre aux Pays Bas, qui a été exposé par M. Graaf qui est ergothérapeute et chercheuse. Ainsi que M. Van Melick ergothérapeute et professeure, P. Vertstraten, J. Zajec, et M. En Thijss, elles aussi ergothérapeutes.

Le programme COTID peut être un outil intéressant pour les ergothérapeutes intervenant dans le cadre d'une ESA, parce qu'il structure les étapes auxquelles est confronté l'ergothérapeute dans son intervention au domicile auprès de la personne atteinte de démence. Il permet l'établissement des problématiques et la formulation de réponses proposées par l'ergothérapeute, le patient et son aidant à la suite d'entretiens centrés sur le patient.

Le programme COTID comprend trois phases. Premièrement la définition et l'analyse des problèmes. Deuxièmement la formulation des objectifs et du plan de traitement. Troisièmement l'exécution du plan de traitement.

L'entretien d'admission réalisé dans le cadre des ESA, permet de commencer à définir et analyser les problèmes du patient.

### **2) Les entretiens réalisés dans le cadre du programme COTID**

La définition et l'analyse des problèmes dans le cadre du programme COTID nécessitent de s'intéresser au récit du patient, puis au récit de l'aidant par le biais de plusieurs entretiens.

Premièrement M. Graaf préconise de réaliser un premier entretien de présentation générale de l'intervention de l'ergothérapeute au patient et à l'aidant. Secondement le thérapeute recueille le récit du

---

<sup>49</sup> M. Graff, et Al., *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démences et leurs aidants. Le programme COTID* P.306

patient, avec des outils spécifiques (« fiche des Questions orientées OPHI-II »<sup>50</sup> mis au point pour l'application du programme).

Troisièmement l'ergothérapeute réalise un entretien avec l'aidant ; des outils d'entretiens ont été conçus dans le cadre du programme<sup>51</sup>.

### **3) La fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile »**

Cette fiche<sup>52</sup>, (cf annexes II) indique les objectifs de cette première visite qui sont : instaurer une relation de confiance, communiquer autour des attentes de la prise en charge, avoir une « *première impression de l'environnement physique et social* »<sup>53</sup>. Les thèmes à évoquer avec le patient et l'aidant sont listés : éclaircir les notions d'ergothérapie, le motif de la prise en soins, le diagnostic, les attentes du patient et de l'aidant concernant la prise en soins, ainsi que celles de l'ergothérapeute. Il ne faut pas oublier de parler de l'importance de la présence de l'aidant, d'évoquer la fréquence des séances, de parler de la fiche expliquant les actes effectués dans le cadre de la prise en soins et qui est destinée aux aidants, ainsi que de la fiche de rendez-vous comportant les coordonnées de l'ergothérapeute.

Pour finir, cette fiche donne les questions orientées, qui seront à poser au patient et à son aidant.<sup>54</sup>

Ce premier rendez-vous est une première prise de contact, d'explication des spécificités du professionnel ergothérapeute, et de l'intervention. Cette fiche permet alors à l'ergothérapeute de poser un cadre, pour lui, comme pour le patient et son aidant.

## **E/ Le programme de Soins**

Une étude réalisée par la fondation Médéric Alzheimer,<sup>55</sup> montre que 16% des ergothérapeutes travaillant avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont des difficultés à établir « *le plan d'aide à la personne malade* »<sup>56</sup>. De plus, 34% ont parfois des difficultés à établir ce plan d'aide, comprendre ici le plan de traitement.

---

<sup>50</sup> M. Graff, et Al., *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démences et leurs aidants. Le programme COTID P.306*

<sup>51</sup> Fiche « Questions orientées de l'entretien ethnographique » et Fiche « Questions orientées sur les stratégies de coping de l'aidant ». *Le programme COTID P.328-330*

<sup>52</sup> M. Graff et Al. *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démences et leurs aidants. Le programme COTID P. 306*

<sup>53</sup> Ibid

<sup>54</sup> Ibid

<sup>55</sup> La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer Avril 2011, N°19, P.6

<sup>56</sup> Ibid P.15

## 1) Le plan de soins et d'aides préconisé par la HAS

La HAS préconise que le médecin ayant établi le diagnostic fasse une annonce explicite de celui-ci, mais il ne doit se faire que si il y a la proposition d'un plan de soins et d'aide.<sup>57</sup> Le plan de soins du malade d'Alzheimer doit comprendre une *prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse*, ainsi que les facteurs de risques et de *comorbidités*, une surveillance nutritionnelle, une orientation vers les services d'aides et de financements, et des associations qui existent.

Les séances de réhabilitation dispensées par les ESA et l'ergothérapeute s'inscrivent donc dans le plan de soins formulé par le médecin, notamment dans les interventions non-médicamenteuses.

## 2) Le plan de traitement en Ergothérapie

Sylvie Meyer,<sup>58</sup> ergothérapeute et professeure, distingue le traitement, par ses deux composantes : le plan de traitement qui sont les objectifs du traitement et le programme de traitement qui sont les moyens de ce traitement.

Le plan de traitement comprend la finalité qui est un objectif très global, souvent instauré dans le cadre de l'institution ou même au niveau national. C'est par exemple favoriser le maintien à domicile du patient. Les finalités sont ancrées culturellement et socialement et peuvent varier d'une culture, d'un continent à l'autre.

Le plan de traitement défini par S. Meyer comprend également les buts, ce sont « les attentes de résultats définis par l'utilisateur. Ils répondent aux problèmes tels que l'utilisateur les perçoit. »<sup>59</sup>. Les buts sont discutés, voire négociés entre le patient et le thérapeute. En effet les patients ou leur entourage peuvent souvent formuler des buts qui seront inatteignables. Par exemple, un patient dont un de ses projet serait de retrouver la mémoire, ce qui est impossible face à la dégénérescence de la maladie.

Le programme de traitement correspond aux moyens utilisés par l'ergothérapeute afin de répondre aux buts et objectifs formulés précédemment. Il est préconisé de les définir en accord avec le patient, car si l'activité est signifiante et significative, cela renforcera l'adhésion du patient au traitement. Il est aussi recommandé de préciser les modalités d'application du programme : la fréquence et la durée de l'application et si elles sont individuelles ou collectives. Il est aussi pertinent de savoir quels sont les autres traitements dispensés au patient afin d'adapter le programme en conséquence.

---

<sup>57</sup> HAS, Recommandation de bonne pratique 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge

<sup>58</sup> S. Meyer Démarches et raisonnements en Ergothérapie P.81

<sup>59</sup> Ibid P. 83



### **3) L'élaboration du plan de traitement dans le cadre du programme COTID**

Dans le cadre du programme COTID, cité précédemment, M. Graaf et les auteurs du programme expliquent la démarche de formulation des objectifs et d'élaboration du plan de traitement. Ici le plan de traitement est l'équivalent du traitement cité par S. Meyer dans la partie précédente.

Cette élaboration ne sera possible qu'après les séances d'entretiens.

Le plan de traitement se fera en deux temps. Premièrement c'est l'analyse ergothérapique des problèmes et le résumé des trois récits : du patient, de l'aidant et de l'ergothérapeute. Il est destiné notamment au médecin prescripteur. Il comprend les activités du patient et de l'aidant ainsi que leurs perceptions sur les activités, les difficultés et causes rencontrées pour leurs réalisations (pour le patient et l'aidant). Cette manière de procéder est alors vraiment centrée sur le client, comme le préconise le MOH, de G. Kielhofner.

Deuxièmement, c'est la formulation des objectifs pour le plan de traitement ergothérapique. M. Graaf préconise soit de laisser le patient puis l'aidant définir les objectifs, ou inversement. Il peut être pertinent de laisser le patient et l'aidant choisir ensemble. Il est conseillé de venir avec les différentes fiches où sont répertoriés les différents domaines d'activités sur lesquels se baseront les objectifs de la prise en soins. Ce sera au patient et à son aidant de prioriser l'ordre des fiches. Il est également conseillé de venir avec des fiches vierges s'il y a des objectifs à compléter, à rajouter. Le support de fiches peut ne pas convenir, il est possible de s'adapter en utilisant des photos de l'objectif d'activités à intégrer dans le plan de soins. Il faudra penser à formuler les objectifs de manière positive : il faut éviter d'utiliser la négation dans l'énonciation des objectifs. L'ergothérapeute amènera ses connaissances afin de « réguler » certains objectifs, certaines attentes trop élevées du patient ou de l'aidant.

Dans le programme COTID, l'élaboration des moyens se fera en partenariat avec le malade et l'aidant.

Dans le cadre de ce programme, M. Graaf et ses collaborateurs, considèrent que les moyens mis en œuvre s'intègrent dans la phase d'exécution du plan de traitement.

## Problématique et hypothèse

**Problématique** : En quoi l'ergothérapeute peut-il optimiser son plan de traitement grâce aux éléments recueillis lors des entretiens d'admission ?

**Hypothèse** : L'utilisation d'un guide d'entretien, notamment de la fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » du programme COTID, participe à établir un plan de traitement optimal.

# CADRE EXPERIMENTAL

## I Méthodologie de recherche

Afin de répondre au questionnement évoqué précédemment, j'ai choisi d'utiliser un entretien semi-directif auprès d'ergothérapeutes réalisant les entretiens d'admission en ESA.

### **A/ Objectifs de l'enquête**

Le but de cette recherche est de pouvoir récolter des informations qualitatives sur la pratique des ergothérapeutes lors des entretiens d'admission en ESA. Plus précisément, il s'agit d'interroger les ergothérapeutes qui utilisent un guide ou non durant leur entretien d'admission et de chercher à savoir si :

- Il y a différentes conditions de réalisation de l'entretien d'admission entre les ergothérapeutes qui utilisent un guide ou non et ceux qui utilisent la fiche des « Question à aborder... ».
- Il y a des facteurs particuliers qui font que les ergothérapeutes choisissent d'utiliser un guide ou non, ou le COTID.
- L'utilisation d'un guide facilite l'établissement du plan de traitement, et plus particulièrement si la fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » du programme COTID, facilite l'élaboration d'un plan de traitement optimal.

Pour répondre à ce questionnement, j'ai dû effectuer des recherches documentaires afin d'acquérir les connaissances nécessaires pour pouvoir cerner le sujet et aborder correctement la problématique et l'hypothèse de la recherche évoquée. Le condensé des recherches effectuées est présenté précédemment dans la partie théorique.

La partie expérimentale permet de vérifier si le questionnement effectué est pertinent. Pour cela il a fallu interroger les ergothérapeutes sur le terrain afin de pouvoir vérifier ou non l'hypothèse de travail. Pour m'aider dans cette recherche j'ai établi un outil me permettant de répondre de façon adaptée au questionnement posé.

## **B/ Choix de la population interrogée**

La population d'ergothérapeutes ciblée doit intervenir en ESA, et réaliser l'entretien d'admission seul ou avec l'infirmière coordinatrice (IDEc), ou avec l'ASG. J'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes car ce sont eux qui utilisent directement le guide. C'est la population cible : la « *population théorique concernée par la question à qui l'on voudrait extrapoler les résultats* ». <sup>60</sup>

J'ai choisi d'interroger deux ergothérapeutes n'utilisant aucun guide d'entretien, deux ergothérapeutes utilisant un guide d'entretien « maison », c'est-à-dire réalisé par leurs soins ou réalisé par des ergothérapeutes. J'ai interviewé deux ergothérapeutes réalisant leur entretien d'admission dans le cadre du programme COTID. Ce sont ces six ergothérapeutes qui composent l'échantillon de l'enquête. Ils ont été choisis de manière non aléatoire sur la base du volontariat et de la sollicitation. Ils proviennent de la population source : ce sont « *l'ensemble des personnes visées par l'étude, et dont provient l'échantillon* » <sup>61</sup>. Ces trois catégories de professionnels interrogés me permettront de pouvoir comparer la pratique de l'entretien d'admission avec un guide ou non et avec un programme spécifique.

Les critères d'exclusions étaient : tout professionnel autre qu'un ergothérapeute, la non réalisation de l'entretien d'admission. L'utilisation unique d'un outil autre qu'un guide maison ou du COTID durant cet entretien.

## **C/ Pré-enquête**

Plusieurs contacts ont été pris avec des ergothérapeutes intervenant en ESA, avant de réaliser le guide d'entretien. J'ai utilisé les réseaux sociaux, des appels téléphoniques afin de m'assurer que les ergothérapeutes participaient et effectuaient cet entretien d'admission. Je me suis aussi assurée que des ergothérapeutes utilisaient des guides d'entretiens ou le programme COTID.

## **D/ L'outil de réalisation de l'enquête**

### **1) Justification de l'outil**

Pour élaborer l'enquête me permettant de recueillir des informations qualitatives, j'ai choisi d'utiliser un entretien semi-directif (cf annexe III). Ce guide d'entretien est une base afin de pouvoir obtenir les réponses nécessaires à l'exploitation des données. Il permet de cadrer l'entretien sans trop se perdre

---

<sup>60</sup> Fabienne Pelé, lecture critique d'article, études épidémiologique, Département de Santé publique INSERM U625

<sup>61</sup> Ibid

dans de nombreuses informations, qui ne seraient pas forcément utiles à l'élaboration de cette recherche. L'entretien semi-directif a l'avantage de ne pas restreindre l'intervieweur et l'interviewé dans leur expression. De plus, la population d'ergothérapeute utilisant le COTID en ESA étant assez réduite je ne pouvais prétendre à proposer un questionnaire.

Les entretiens semi-directifs ont été effectués par téléphone et par entretien en présence physique, auprès d'ergothérapeutes intervenant en France, entre le mois de février et le mois d'avril 2016.

## **2) Modification du guide**

Le fait d'interroger des ergothérapeutes qui interviennent avec des pratiques différentes durant l'entretien ont rendu difficile le test de toutes les questions. Cependant, la majorité des questions sont identiques pour les trois cas de figures. La grille a été lue par un ergothérapeute avant de la pré-tester auprès d'un autre professionnel. Suite à ce test, une question a été modifiée car la réponse était trop orientée. Deux questions ont été supprimées, dont l'une était inutile à l'analyse et l'autre était évoquée sous une autre forme par la suite.

## **3) Le guide d'entretien**

Le guide (cf annexe III) est composé de quatre parties: une première partie générale sur la pratique de l'ergothérapeute en ESA, son expérience, les modalités générales de conditions de l'entretien. Cette partie me permet de m'assurer que le professionnel interrogé répond bien aux critères d'inclusion de l'enquête. Une deuxième partie concerne le guide d'entretien avec trois versions adaptées, correspondant au cas de figure de chaque ergothérapeute interviewé (avec guide/ sans guide/ avec la fiche du COTID). Une troisième partie intéresse le plan de traitement et la dernière concerne l'ouverture pour l'analyse des conditions de réalisation de l'entretien.

## II Présentation des Résultats

### A/ Généralités

Tableau reprenant les mots clés/ expressions des six ergothérapeutes interrogés, pour plus de lisibilité chaque ergothérapeute est distingué par une couleur spécifique. Dans un souci de gain de place l'entretien d'admission sera indiqué par EA.

SG1 et 2 correspondent à Sans Guide 1 et 2. GM1 et 2 correspondent à Guide Maison 1 et 2. GC1 et 2 correspondent à Guide COTID 1 et 2.

	SG1	SG2	GM1	GM2	GC1	GC2
<b>Année du DE</b>	2014	2014	2015	2007	1997	2013
<b>Nombres d'années en ESA</b>	1 an 1/2	2 ans	9 mois	4 ans	6 ans 1/2	2 ans 1/2
<b>Réalisation de l'entretien seul</b>	Avec l'IDeC	Seul	Avec ASG	Avec l'IDeC ou seul	Seul	Seul ou avec IDeC
<b>Durée de l'entretien</b>	1h00	1h00	1h30	1h00	1h00	1h à 1h30
<b>EA comptabilisé dans 15 séances prescrites</b>	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON
<b>Personnes présentes entretiens admission</b>	Conjoint Enfant	Conjoint Enfant	Conjoint Enfant	Conjoint Enfant	Conjoint Enfant Ami Professionnel (tant qu'il est suffisamment présent)	Conjoint Enfant Professionnel : (gestionnaire de cas, auxiliaire de vie)
<b>Informations sur le patient avant l'entretien</b>	Documents envoyés par ergothérapeute au médecin. (informations médicales) + fiches remplies par l'orienteur (aides humaines et coordonnées) Renvoyés par mail/ courrier	Appel des patients par IDeC, qui remplit un guide de données administratives	Très peu. « On essaye de travailler avec consultations mémoires et médecins traitants »  L'IDeC a le contact téléphonique avec entourage + patient	« Quelques informations succinctes » demandées au téléphone : aides humaines, intervenant au domicile et participation à des activités (type Accueil de Jour...), suivi médical + diagnostic posé ?	Très peu.  Un échange téléphonique lors de la demande c'est tout. (identité, médecins, prescription, diagnostic ?, Aides humaines)	Oui  Téléphone avec famille ou professionnel orienteur (environnement/ pathologie/ diagnostic ?/ prescripteur)
<b>Matériel apporté</b>	Rien	* Le dossier administratif du patient (infos recueillis par IDeC, et la prescription et attestation sécurité sociale envoyées par courrier avant entretien) * Livret accueil du SSIAD * Le reçu du livret d'accueil * Règlement intérieur * Contrat à faire signer * Documentation intéressant patient sur rencontres organisées par la structure	* Classeur planning des séances/ questionnaire de satisfaction des 2 premières séances * Feuilles de liaison (pour infos sur séance à famille et inversement) * Contrat * Livret accueil structure (présentations service + législation)	* Plaquette et dépliants pouvant concerner la personne * Carte de visite pour prochain RDV * CIPEC (contrat à faire signer)	* Plaquette présentant ergothérapie * Plaquette présentant ESA	* Règlement de fonctionnement * Livret d'accueil * Plaquette de l'ESA

<p><b>Importance de l'EA pour plan traitement ?</b></p>	<p>Oui</p> <p>« Il n'y a que les aidants qui évoquent les difficultés »</p>	<p>« tout à fait »</p> <p>« J'aborde l'histoire de vie du patient, donc ses goûts, ses centres d'intérêts, ça va forcément orienter la Prise en Charge »</p> <p>« Je vais dire que c'est presque cet entretien qui donne les objectifs »</p>	<p>Oui</p> <p>Connaître les personnes/ habitudes vies / difficultés du quotidien/ avoir une idée du domicile/ orienter objectifs selon habitudes et environnement</p> <p>« avoir deux discours, celui du patient et de l'aidant »</p>	<p>Oui</p> <p>Observer comportement personne avec son entourage. Savoir si elle est réticente, ou en accord avec l'intervention, avec ou sans demandes précises</p> <p>« Si elle est déjà dans le refus, dans le déni, en retrait ou plutôt active »</p>	<p>Oui</p> <p>Acceptation ou non intervention</p> <p>« c'est un 1<sup>er</sup> engagement en fait »</p>	<p>Oui</p> <p>Acceptation prestation</p> <p>« Pour le plan de soins c'est clair je dirais que c'est nécessaire mais ce n'est pas suffisant »</p>
---	---	--	---	--	---	--

## B/ Guide d'entretien

Dans un souci de gain de place, les résultats de cette partie sont exposés sous forme de texte.

GC<sup>62</sup> n'utilisent pas la fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » telle quelle. GC1 pose les questions, GC2 demande les informations en adaptant selon le cas de figure. GC1 a été formé au COTID il y a trois ans et GC 2 il y a un an. Pour GC1 cette fiche « *permet de cibler que l'on va travailler sur les AVQ<sup>63</sup>, le maintien des compétences à domicile, bien présenter l'ergothérapie et l'ESA, je trouve que c'est essentiel* ». GC2 ne trouve pas la fiche pertinente « *ce sont des choses que j'abordais déjà avant le programme* » et « *il y a des choses qui sont un peu difficiles à aborder en France plutôt qu'aux Pays Bas où il a été établi* ». Concernant l'apport du COTID pour le plan de traitement, GC1 et 2 disent c'est « *proposer quelque chose de plus personnalisé à l'aidant et à la personne aidée* » (GC1), pour ce professionnel : rédiger un diagnostic ergothérapeutique est alors plus facile qu'auparavant.

Les ergothérapeutes SG et GM seraient intéressés pour suivre une formation au COTID. Cependant, concernant l'utilisation de la fiche des « Questions à aborder... » ; SG1 ne l'utiliserait pas forcément « *telle quelle* » et pour SG2 « *voir cet outil une ou deux fois serait intéressant...mais au final, on le fait ça !* ». Pour GM1 ce serait pertinent car « *je n'ai pas de traces écrites* ». GM2 dit « *je me rapproche quand même de ça [...] ça me fait penser que je réexplique tout ça à tête reposée à la 2<sup>ème</sup> séance* ».

Rares sont les entretiens écourtés pour les six ergothérapeutes, ou alors ce sont des oublis, des refus d'interventions. A l'inverse, les entretiens prolongés sont plus fréquents, c'est même régulièrement le cas pour SG2. La raison principale est le besoin qu'ont les aidants de s'exprimer et d'être écoutés. Il n'y a que pour SG1 que les entretiens rallongés arrivent rarement.

GM et GC utilisent un guide pour l'entretien d'admission. Pour GC1 et 2, le guide était utilisé avant leur arrivée, seul GC1 l'a modifié. GM1 et 2 ont créé leur guide.

Tous l'utilisent à chaque EA et depuis qu'ils exercent dans l'ESA. Il serait trop long d'exposer une comparaison des items demandés par chaque ergothérapeute. Toutefois, certains guides des ergothérapeutes (GM1 et GC1) se trouvent en annexe V de ce mémoire. Néanmoins il est pertinent de souligner que :

Tous demandent des renseignements sur l'environnement humain avec plus ou moins de précisions et tous ont des items administratifs sauf GM1. Il est le seul à demander les gestes fonctionnels et à tester l'équilibre. Seul GM2 demande des informations sur le poids et l'hydratation du patient, ainsi que les souhaits pour l'avenir. C'est aussi le seul professionnel interrogé à avoir un item sur les suites données à l'EA et sur les services et aides techniques à mettre en place.

Seuls les ergothérapeutes utilisant le COTID ont une partie réservée à l'aidant, même si GM2 demande les coordonnées de l'entourage et leurs observations. Il n'y a que GM1 et GC2 qui demandent des précisions concernant le logement et ses pièces.

---

<sup>62</sup> Lorsque le terme GC, GM ou SG est employé sans les chiffres c'est que les deux ergothérapeutes sont concernés.

<sup>63</sup> Activités de vie quotidienne



Seul GC1 et 2 évoquent la réalisation des AVQ dans leur guide ; GC1 l'intitule le « rythme de vie individuel », et GC2 réalise une évaluation basée sur les ADL et IADL-E<sup>64</sup>. Seul GC1 a un item laissant de la place pour noter les informations recueillies lors d'entretiens téléphoniques avec les professionnels.

Tous laissent un item libre pour les commentaires. GC1 et 2 sont les seuls qui ont une partie consacrée à la biographie du patient.

Le fait d'utiliser un guide pour établir un plan de traitement convient à ceux qui en utilisent : « *ne rien oublier* », « *trace écrite* » sont les termes cités par GM1. Cependant GM2 préférerait voir le patient et l'aidant séparément durant cet EA.

Le patient est le premier interlocuteur pour GM, GC et SG2 puis vient en second l'aidant. SG1 s'adresse au patient et à l'aidant.

Les ergothérapeutes n'utilisant pas de guide, interviennent généralement en présentant le service, précisent le cadre et posent des questions sur les AVQ. SG2 demande des questions sur le déroulement d'une journée type, s'il y a des activités, s'ils font une sieste, les centres d'intérêts, l'environnement social et familial, et finit par demander si le patient et/ou l'aidant ont des besoins particuliers.

Tous sauf GM2 sont satisfaits de leur guide. Au moment de l'enquête ce professionnel cherchait à le modifier. Avec ou sans guide les ergothérapeutes interrogés trouvent leur manière de fonctionner adaptée pour aider à établir le plan de traitement.

---

<sup>64</sup> Activities of Daily Living (échelle d'autonomie physique reprenant l'alimentation, se mouvoir, l'habillement et la toilette ) et Instrumental Activities of Daily Living (échelle des activités instrumentales reprenant les achats, l'utilisation des transports en commun, cuisiner, le ménage ou la lessive, utiliser le téléphone, prendre des médicaments, gérer le budget ). <http://papidoc.chic-cm.fr/35autonomieiadl.html>

## C/ Plan de traitement

	SG1	SG2	GM1	GM2	GC1	GC2
<b>Décisionnaire plan traitement</b>	Ergothérapeute	Ergothérapeute « On en est responsable en tant que rééducateurs, mais tout le monde y a mis son grain de sel »	Ergothérapeute	Ergothérapeute	Ergothérapeute	Ergothérapeute, objectifs choisis avec la personne et l'aidant. Moyens par ergothérapeute en lien avec ASG
<b>- Trame prédéfini</b>	Oui (objectifs uniquement)	Non	Liste d'objectifs avec moyens correspondants associés	Oui, la liste des objectifs généraux repris dans cahier des charges	Non	Non (mise en page vide uniquement)
<b>Personnalisation</b>	« propositions de moyens »	Oui	Ajustés au patient	En sélectionnant objectifs, détails + des moyens	Oui, objectifs formulés avec patient et aidant et priorisés par eux	Oui
<b>- Toutes les séances préétablies à l'avance</b>	Non	Non. Autonomie ASG	Non. Liberté aux ASG d'organiser	Non, « plan de traitement réévaluable en cours de prise en charge »	Non, ASG « libres d'organiser les séances »	Non ; « on va ajuster les objectifs en cours de prise en soin aussi »
<b>Transmission ergothérapeute-ASG</b>	Temps d'échange à l'oral puis séance relais avec ergothérapeute et ASG au domicile	* Transmission orale informelle * Réunion toutes les 2 semaines * Logiciel transmission * Séance relais ergo et ASG chez patient en 3 <sup>ème</sup> séance	* Réunions mensuelles * Téléphone * Logiciel de transmission * Participation aux séances d'admission et évaluations	* Présentation patient à l'oral * Transmissions écrites (plan de traitement) * Séance de « relais » au domicile.	* Réunion hebdomadaire * Feuilles de transmissions avec objectifs notés	* Transmission orale entre les séances. * Synthèse d'évaluation écrite
<b>Difficulté établir plan de traitement</b>	Oui pour un patient jeune	Oui. Très régulièrement. « On a des personnes très avancées dans la maladie » * Niveau cognitif bas * Aucune demande parce que tout est pallié par l'aidant * Non intérêt de la personne	Oui, 1 fois. Patient MMSE trop bas. « On prend des patients en dessous de 15 nous »	Oui parfois. « comme je ne vois pas beaucoup les patients, parfois je manque d'informations » « Du coup j'écris un plan de traitement un petit peu large en précisant à l'ASG d'avoir des observations particulières »	En général non. « si c'est arrivé c'est qu'il y a plein de choses qui n'avaient pas été bien faites avant »	Oui Pas d'expressions, de demandes Anosognosies
<b>Satisfaction dans réalisation plan de traitements</b>	« je ne sais pas trop quoi répondre »	« Ca me satisfait dans le sens ou je ne vois pas comment je pourrais faire autrement »	Oui. « Responsabiliser les ASG, en gardant les compétences de chacun, et une remise en question des objectifs mis en place »	Oui. Depuis 2 mois changement de façon de faire	« Après c'est vraiment toute l'étape de l'évaluation qui est plus longue, qui est essentielle en fait »	Oui. Évaluation globale – toutes les informations « On essaye d'être au plus près des besoins de la personne et de l'aidant »
<b>Plan de traitement optimal</b>	Adapté aux besoins du patient. Réaliste et réalisable	Construit en collaboration avec intervenants du domicile, patient et famille	Répond aux besoins de la personne et de l'aidant Priorisé Réalisable	Personnalisé, négociable, modifiable, synthétique et précis. Compréhensible et utilisable par ASG	Répond de la meilleure façon aux objectifs de la personne. Correspond à la demande, aux besoins, au projet de la personne. Découle des objectifs de la personne. Réévalué et adapté.	Patient dans sa globalité, élaboré grâce à l'évaluation holistique. Besoins et attentes du patient et entourage, établi avec eux. Validé avec l'équipe. Objectifs réalisables. Réévalué. Connu par tous les intervenants du domicile.

## D/ Ouverture

	SG1	SG2	GM1	GM2	GC1	GC2
<b>Format idéal entretien</b>	1H00, qui ne soit pas comptée dans les 15 séances	Environnement calme – 1H00	3 fois 1H00, au lieu de 2 fois 1H30	1H00	1H00	1 séance d'1H-1H30
<b>Formation à l'entretien</b>	Non	Non. Cours sur la communication durant la formation.	Oui. (École)	non	Non, un peu durant la formation COTID	Oui
<b>- Nombres de séances évaluations</b>	2	1	2 (entretien d'admission + 2 <sup>nde</sup> séance axé plus cognitif)	1	4	4 « si on suit le programme COTID » Sinon 1,2, 3 ou 4
<b>- Évaluations (normées ou non)</b>	MMSE (systématique), BME (pour la trame)	BEC 96 MOCA DAD Mini Zarit	MMSE (« on est obligé », <i>test de l'horloge</i> , le BEC 96, le test de l'empan= systématique)  Occasionnellement : <i>Mini Nutritional Assessment</i> <i>NPI</i> pour les troubles du comportement « mais je ne l'utilise pas de manière rigoureuse »	MMSE (si pas récent) 5 mots de Dubois, ADL, IADL-E, BEC 96, GDS, Test de l'horloge  Non normé : l'histoire biographique	Évaluation COTID (questions orientées OPHI-II- « Observation des habiletés de personnes atteintes de démence et leur aidant ») MMS, BME en base.  Visite du logement (outil cadre de vie), les gestes fonctionnels, vue, audition, équilibre  Pour l'aidant : (entretien ethnographique), ADL-IADL-E, mini Zarit,	OPHI-II systématiquement « on prend des bouts du programme COTID »  MMS, le BME, les évaluations motrices
<b>Techniques de communication</b>	Regarder la personne, parler fort, phrases courtes, vocabulaire accessible	Regarder la personne dans les yeux, parler fort, gestes avec mains	Regarder dans les yeux, le toucher, voie calme, prendre le temps « Des fois ce n'est pas facile parce qu'il faut avoir plein d'informations en peu de temps »	Environnement calme, (éteindre TV), tout le monde se voit autour de la table, observation – « j'essaie de montrer aux deux personnes de manière non verbale que je les écoute »	Empathie, le toucher, le positionnement, la Validation, la reformulation	« Ça se fait tellement naturellement que c'est difficile à définir précisément », la reformulation, l'écoute empathique, des silences, le toucher, adopter la même posture
<b>Importance du lieu</b>	Endroit calme Préférence sur table	Oui. Intervention à domicile « On est chez eux, on doit y aller avec des pincettes, il faut qu'ils acceptent l'intervention qu'ils nous acceptent nous » « qu'à domicile il faut négocier. On n'est pas dans un contexte de soins on est dans un contexte de vie »	Oui. Eclairage, perturbations sonores	Oui. Son domicile fait qu'elle est plus à l'aise	« on rentre dans leur intimité aussi, c'est à nous de nous adapter aussi c'est pas eux de s'adapter à l'environnement »	Importance du domicile « on doit aussi avoir une posture particulière »
<b>Choix du lieu par le patient</b>	Oui pour observer cohérence – préciser autour d'une table	Oui « Par contre ce que je demande c'est d'éteindre la TV ou d'éteindre le son. Je demande à ce que la personne vienne avec nous sur la table ou sur le canapé »	Oui, généralement cuisine/ salon	Oui	« Je laisse toujours le choix, même si c'est sur un canapé et que pour écrire je le fais sur mes genoux » « je suis toujours vigilante à ce que je n'ai pas une personne à ma droite et une personne à ma gauche »	Oui. On éteint la TV – pièce silencieuse

### **III- Analyse thématique des résultats**

Pour plus de clarté, les propos recueillis lors des entretiens seront analysés selon la même thématique et le même ordre que lors de leur présentation ci-dessus.

#### **A/ Généralités**

L'utilisation d'un guide n'est pas fonction de l'expérience de l'ergothérapeute. La moyenne des années d'exercices des professionnels interrogés en ESA est de deux années et neuf mois. Cependant ceux qui n'utilisent pas de guide exercent en ESA depuis moins de 2 ans et sont donc sous cette moyenne. Ceux qui sont formés au COTID exercent depuis au moins deux ans et demi en ESA et se situent donc dans cette moyenne ou au-delà. Parmi ceux qui utilisent un guide ; un exerce depuis moins d'un an, mais l'autre depuis plus de quatre ans. Ce n'est donc pas le fait d'avoir peu d'expérience qui agit sur l'utilisation d'un guide. Toutefois, être en poste depuis un certain nombre d'années peut amener le professionnel à se questionner et à essayer différentes manières de fonctionner. Ce qui est le cas des ergothérapeutes ayant suivis la formation au COTID. De plus, en étant dans la structure depuis un certain temps, cela peut faciliter leur accès aux formations.

L'utilisation d'un guide ou non ne dépend pas des différents professionnels (IDEc et ASG) qui réalisent l'entretien avec l'ergothérapeute. Cependant on peut remarquer que le binôme ASG-ergothérapeute est le moins représentatif. Ceux qui suivent le COTID sont seuls et ne comptabilisent pas l'entretien d'admission (EA) dans les 15 séances prescrites, à l'inverse de ceux qui utilisent un guide maison. Mais on ne peut pas dire que cela influe sur l'utilisation d'un guide maison puisque SG2, comptabilise l'entretien d'admission. La durée de l'entretien n'influe pas non plus sur l'utilisation d'un guide ou non, ou de l'utilisation de la fiche des « Questions à aborder... » dans le cadre du COTID.

Tous réalisent l'EA avec un aidant familial, mais seul ceux utilisant le programme COTID évoquent des aidants professionnels. Cela est dû à l'implication nécessaire de l'aidant dans le programme COTID lors de la prise en soins et l'élaboration du plan de traitement ; ainsi qu'à la nécessité de réaliser une séance uniquement avec celui-ci par la suite.

L'utilisation d'un guide ou non, n'influe pas sur les documents apportés ou leur nombre. Cependant peut-être que le fait de ne pas utiliser de guide, et de voir l'EA comme une première prise de contact, peut amener le professionnel à ne pas emmener de documents « officiels », de contrat à faire signer ;

comme c'est le cas pour SG1. Le seul professionnel à emmener un dépliant concernant l'ergothérapie, comme l'indique la fiche des « questions à aborder » est GC1, l'ergothérapeute qui suit toutes les étapes du COTID. Ce programme peut amener les professionnels à proposer des documents d'informations que les autres ergothérapeutes n'emmènent pas.

Le fait d'avoir peu d'informations au téléphone oblige les ergothérapeutes à avoir une partie administrative nécessaire dans leur guide, qu'ils peuvent éventuellement finir de compléter chez le patient, mais ce n'est pas significatif de l'utilisation d'un guide. En effet, GM1 utilise un guide et c'est l'IDEc qui a le contact téléphonique, comme pour SG2.

De manière générale, les modalités de réalisation de l'entretien sont variables entre les ergothérapeutes de chaque catégorie. Ce qui empêche de distinguer des facteurs précis favorisant l'utilisation d'un guide ou de la fiche des « Questions à aborder... » dans le cadre du COTID.

## **B/ Guide d'entretien**

Les deux ergothérapeutes utilisant le COTID n'utilisent pas le programme pour tous les patients, car cela demande trop de temps : 5 séances pour le début de la prise en soins contre 3 au maximum pour les autres ergothérapeutes interrogés. De plus, le COTID n'empêche pas les ergothérapeutes concernés d'employer un guide maison. Ils l'utilisaient avant la formation au COTID et ils continuent de l'exploiter. GC1 suit le COTID dans son intégralité lorsqu'elle le réalise ; ce qui n'est pas forcément le cas pour GC2 : les modalités d'utilisation du programme diffèrent alors entre ces deux ergothérapeutes. Peut-être parce que GC1 a suivi la formation avant GC2 ?

Concernant la fiche des « Questions à aborder... », les deux ergothérapeutes interrogés ne l'utilisent pas telle quelle, et ne l'emmènent pas lors de l'EA. Ils le justifient par le fait qu'ils réalisent déjà ce qui est indiqué sur la fiche. Cependant certains points de la fiche ne sont pas forcément suivis (explication de l'ergothérapie avec dépliant explicatif et fiche pour les prochains rendez-vous pour GC2). Cette fiche permet alors de poser un cadre, et incite à passer plus de temps à expliquer l'ergothérapie et l'intervention selon GC1. Mais GC2 n'est pas de cet avis et donc n'utilise pas la fiche du COTID dans son intégralité. Les avis divergent sur cette fiche mais son utilisation n'est pas réalisée de façon « brute » comme exposé dans le programme.

Concernant les autres professionnels, la fiche du COTID, (brièvement présentée lors de l'entretien), ce sont ceux qui utilisent un guide maison qui seraient le plus intéressés. En effet, il n'y a pas de traces écrites sur ces sujets dans leur guide (GM1) ou ce sont des points qui sont évoqués mais lors de la seconde séance (GM2). Les ergothérapeutes SG sont plus mesurés quant à son utilisation brute. Peut-être parce que l'idée d'avoir un guide déplaît ? Ou qu'une présentation à l'oral de la fiche n'a pas été suffisante et qu'il aurait fallu présenter de visu la fiche des « Questions à aborder... » aux ergothérapeutes ?

L'intérêt des professionnels interrogés est réel pour un guide d'entretien d'admission qui serait adapté pour une intervention à domicile auprès de patients atteints de démence. Même si un des professionnels sans guide semble plus hésitant. Toutefois il faudrait « qu'il ne soit pas trop strict » et « adapté à l'aidant » dit GM1, qui n'a pas de partie réservée à l'aidant dans son guide. Un autre évoque même la MCRO qui lui paraîtrait adapté en théorie, mais ne sait pas si en pratique il serait applicable. Peut-être la MCRO pourrait être utilisée suite à l'entretien d'admission, et aux évaluations afin de définir les objectifs et moyens conjointement avec le patient et l'aidant ? C'est une piste qui mérite réflexion.

L'utilisation d'un guide d'entretien ou l'utilisation du COTID ne change pas le fond des « notions phares » demandées par les professionnels, en l'occurrence les habitudes de vie. Mais ce qui est remarqué, c'est que ceux qui utilisent le COTID ont une partie réservée à l'aidant, et à l'histoire biographique du patient. Ce que n'évoquent pas forcément les autres professionnels dans leur guide, ou ceux qui fonctionnent sans guide. Peut-être l'évoquent-ils mais ne l'ont pas relevé lors de l'entretien ? Les activités de vie quotidienne sont également demandées par chacun, mais ne sont pas forcément incluses dans le guide car demandées lors de séance suivante d'évaluations, notamment avec l'échelle des ADL et I-ADL-E.

Cependant, le guide permet de demander des notions plus ou moins précises concernant certaines données que les ergothérapeutes estiment importantes : par exemple GM2 demande si des inscriptions en EHPAD<sup>65</sup> ont été faites et il recueille des données concernant le poids et la qualité de l'appétit.

L'utilisation ou non d'un guide, ou du COTID, n'influe pas sur le fait que les entretiens soient rallongés. En effet, c'est déjà arrivé à 5/6<sup>ème</sup> des professionnels. Ils évoquent le besoin d'expression et d'écoute de l'aidant, car pour certains c'est parfois la première intervention d'un professionnel de la santé au domicile. Il n'y a que le professionnel SG1 à qui cela est arrivé très rarement : peut-être parce que

---

<sup>65</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes

comme il n'y a pas de guide, il n'y a pas de « cases » à remplir et donc pas « d'impératif » quant au fait de devoir « terminer » lorsque l'heure est écoulée ?

L'utilisation d'un guide ou non, ou du COTID n'interagit pas avec le choix de l'interlocuteur principal qui est le patient de prime abord pour tous, sauf pour SG1 qui interagit avec l'aidant et le patient en même temps. Les autres professionnels se réfèrent à l'aidant en second.

## **C/ Plan de traitement**

C'est l'ergothérapeute qui établit le plan de traitement. Les ergothérapeutes utilisant le COTID évoquent que c'est avec le patient et l'aidant que les objectifs sont choisis et priorisés, ce qui est une des finalités du COTID. Ainsi ils n'utilisent aucune trame préétablie, tandis que les autres ergothérapeutes ont une trame prédéfinie, qui est ensuite personnalisée pour chaque patient. Sauf SG2 qui ne préétablit pas de plan de traitement. Le fait de préétablir ou non un plan de traitement, d'utiliser ou non un guide ne protège pas des difficultés à établir le plan de traitement. Difficultés qui sont ressenties par tous à des degrés divers, sauf pour GC1. Peut-être le suivi du COTID dans son intégralité y participe-t-il ? Ou passer plus de temps lors des évaluations est-il facilitateur ? (3 séances supplémentaires par rapport à ceux qui n'utilisent pas le COTID). Ainsi SG2 et GM1 évoquaient des difficultés liées au peu de temps passé avec le patient.

À propos des transmissions du plan de traitement avec l'ASG, elles sont orales et écrites et sont effectuées par tous, guide ou non. Seuls les professionnels utilisant le COTID n'effectuent pas de séances de relais au domicile du patient. Peut-être parce que les ergothérapeutes réalisent déjà 5 séances pour débiter la prise en soins et manquent de temps pour effectuer une autre séance au domicile ?

Par ailleurs, tous laissent une autonomie aux ASG dans le choix et l'application des moyens, même si l'ergothérapeute est toujours disponible pour des propositions ou lors de besoins plus spécifiques.

Par rapport à la satisfaction dans la réalisation du plan de traitement, on ne peut pas dégager une « tendance » entre les ergothérapeutes utilisant un guide et ceux qui n'en utilisent pas, ou ceux qui utilisent le COTID. Peut-être parce que les ergothérapeutes n'utilisant pas de guide n'ont pas répondu franchement à la question ? (« *je ne sais pas quoi répondre* », « *je ne vois pas comment je pourrais faire autrement* »).

Les ergothérapeutes sont satisfaits dans le fait de laisser une autonomie à l'ASG et de réévaluer le plan de traitement par la suite. Mais tous évoquent que l'EA ne suffit pas à établir un plan de traitement, même si pour SG1 il peut parfois lui suffire pour dégager les objectifs.

Concernant les notions de plans de traitement optimal : il n'y a pas une définition du plan de traitement qui fasse consensus parmi les professionnels interrogés. Mais la moitié des ergothérapeutes de chaque catégorie évoque un plan de traitement qui doit répondre aux besoins du patient. L'autre moitié évoque le patient, l'aidant et/ou son entourage. Une autre notion évoquée par trois des ergothérapeutes interrogés est que le plan de traitement doit être réalisable et réévalué. Sachant que parmi ceux qui ont répondu que le plan de traitement devait répondre aux besoins du patient, certains ont une partie réservée à l'aidant dans leur guide. Au vu de ces résultats, on peut donc dire qu'avec ou sans guide, avec ou sans COTID un plan de traitement optimal doit avoir les qualités suivantes : correspondre aux besoins du patient, de l'aidant et de son entourage dans leur globalité. Il peut-être établi avec eux, réévaluable, ajustable et réalisable. Il vaut mieux qu'il soit synthétique, compréhensible. Avec ou sans guide ou COTID, les ergothérapeutes cherchent alors à tendre vers un plan de traitement optimal.

## **D/ Ouverture**

La durée moyenne de l'entretien d'admission pour les six ergothérapeutes interrogés est de 1h10. Pour tous, il est nécessaire d'avoir au minimum 1h00 pour récolter les informations et pour avoir l'attention de la personne sans l'épuiser. Cela permet aussi d'assurer une continuité avec les séances qui seront effectuées par l'ASG et qui durent également une heure. Peut-être que l'ergothérapeute pour qui l'EA dure 1h30 et qui souhaiterait qu'il dure 1h00 ne peut modifier ce modèle de fonctionnement qui est probablement posé par l'institution ?

Tous les professionnels utilisent les mêmes techniques de communication verbale et non verbale, qu'ils aient ou non eu des formations à l'entretien. Le regard et la posture sont cités, qu'ils utilisent un guide ou non. Ceux qui utilisent un guide n'ont pas de techniques plus spécifiques ou différentes de ceux qui n'en utilisent pas. Cependant ceux qui ont suivi le COTID ont été plus précis quant à l'utilisation de certaines techniques : validation/ reformulation/ écoute empathique. Peut-être est-ce des notions vues durant la formation COTID, ou par le biais de recherches personnelles ?



Cette posture est d'autant plus importante que l'intervention se fait au domicile et qu'il faut s'adapter pour qu'il y ait acceptation de la prise en soin. Le fait d'utiliser un guide ou non n'influe pas sur le choix de la pièce qui est laissé au patient, qui est généralement le salon ou la cuisine. Il n'y a également pas d'influence sur le fait d'utiliser des évaluations normées à la suite de l'entretien d'admission : tous en utilisent. Cependant la moyenne d'utilisation d'évaluation normée est de 4,80 pour les six professionnels interrogés. Ceux qui n'utilisent pas de guide se trouvent sous cette moyenne : 2 et 4 pour SG1 et 2, alors que ceux qui utilisent un guide sont au-dessus. Peut-être est-ce dû au coût des évaluations, ou au choix de vouloir limiter le nombre de passations, d'évaluations normées, qui se situeraient dans la continuité de ne pas « surcharger » la prise en soin ?

## **E/ Constat**

Suite à cette présentation et analyse des résultats, il n'y a pas de réponses qui permettent de distinguer une pratique commune autour du guide pour chaque catégorie d'ergothérapeute. Il n'y a pas non plus de situations particulières qui font qu'ils utilisent un guide ou non, ou le COTID. De plus il n'y a pas un consensus clair sur le fait qu'utiliser un guide ou non facilite la réalisation d'un plan de traitement optimal.

Ainsi :

- L'EA est déjà une notion qui peut prêter à confusion ; en effet certains thérapeutes commencent déjà des évaluations (gestes fonctionnels, test équilibre, ADL- IADL-E...) ; alors que pour d'autres cet EA est vraiment axé sur une première prise de contact, qui peut être mise en avant par la non comptabilisation de cet EA dans les 15 séances de réhabilitation prescrites.
- Les conditions de réalisation (environnement calme), les techniques de communication sont relativement similaires entre les professionnels, guide ou non.
- L'EA n'est pas suffisant pour participer au plan de traitement.
- La fiche du COTID n'est pas utilisée brute et n'est pas forcément suivie. Mais elle permet d'insister sur le fait qu'il est important de passer plus de temps à se présenter, à demander les attentes et les besoins du patient, qui ne sont pas forcément évoqués par tous les ergothérapeutes (SG1, GM1) lors de cet EA. Ce sont des choses que les ergothérapeutes disent déjà faire – mais pas dans forcément lors de l'EA, et tous les points de la fiche ne sont pas forcément suivis. Cette fiche pose alors les notions importantes à

évoquer lors de du premier EA et cette démarche intéresse les ergothérapeutes ne connaissant pas l'outil.

- C'est le COTID en lui-même et le suivi de toutes les étapes, qui grâce à une implication beaucoup plus forte de l'aidant dans la prise en soins, qui aide à établir le plan de traitement avec plus de facilité. Cependant, le COTID ne se suffit pas en lui-même, car les ergothérapeutes effectuent d'autres évaluations non citées dans le COTID et ils sont tenus de réaliser certaines évaluations telles que le MMSE.

- Au vu de l'enquête on ne peut pas dire qu'utiliser ou non un guide favorise l'établissement d'un plan de traitement : cependant les ergothérapeutes sans guide évoquent peu d'arguments, ou alors évoquent un plan de traitement qui est souvent assez vague et qui est précisé par la suite durant les futures séances avec l'ASG (SG2). Ceux utilisant un guide, abordent des informations qui sont classées, ce qui leur permet de ne rien oublier une fois au domicile. Ils ont la possibilité de les retrouver avec plus de facilités par la suite pour définir le plan de traitement.

- Un plan de traitement optimal est une notion subjective à chaque ergothérapeute. Cependant, la notion dégagée par tous est qu'il doit être en accord avec les besoins du patient et/ou de l'aidant.

## IV Discussion

### **A- Discussion suite aux résultats**

En partant de mon intérêt pour les conditions de réalisation des entretiens d'admission, j'en suis venue à interroger six ergothérapeutes s'aidant ou non d'un guide d'entretien, et/ ou d'un programme.

Il n'a pas été évident de comparer et d'analyser les données, je m'attendais à des résultats tranchés entre les trois catégories d'ergothérapeutes, ce qui n'a pas été le cas.

Toutefois l'intervention de l'ESA se fait au domicile du patient et je trouve que c'est ce cadre spécifique qui est important et privilégié par rapport aux autres professionnels pouvant intervenir dans d'autres structures plus « conventionnelles ». En effet, à domicile ce n'est plus le thérapeute qui est en position « dominante ». C'est d'ailleurs ce que souligne l'ergothérapeute SG2 : « *il faut qu'ils nous acceptent, nous* ». Ainsi lorsqu'ils se déplacent dans l'institution ils sont déjà dans l'acceptation du soin, alors que lors de l'EA ils vont choisir d'accepter ou non la prise en soins ; d'où l'importance de se présenter soi et l'intervention.

La durée d'un entretien dure en moyenne une heure et je trouve que c'est la durée adéquate entre prendre le temps de recueillir les informations concernant le patient et l'aidant afin de ne pas fatiguer la personne par trop d'informations. En une heure, il est possible de prendre le temps de bien se présenter pour entamer la relation sans « effrayer » la personne. De plus, donner des informations écrites qui pourront être consultées à « tête reposée » après cette première visite est je pense, pertinent. C'est d'ailleurs une notion qui est préconisée dans « la fiche des questions à aborder.... »

Ces entretiens avec les ergothérapeutes m'auront fait prendre conscience de l'importance de la présentation, et surtout de « *prendre le temps* » comme le dit SG1. Cependant j'ai conscience que cela n'est pas forcément évident, puisqu'une séance représente un coût : en carburant, en temps. Il faut alors optimiser le plus possible le recueil d'informations. C'est peut-être pour cette raison que GM1 effectue deux séances de 1h30, au lieu de trois séances de 1h00. Les avis divergent alors sur la comptabilisation de l'entretien d'admission dans les quinze séances. Je serais d'avis de comptabiliser l'EA dans les séances prescrites car cela représente un engagement de la part du professionnel, comme du patient et de l'aidant. Cependant il serait préférable de donner une fourchette de séances

allant par exemple de quinze à dix-huit séances, ce qui laisserait davantage de marge aux équipes concernant l'EA. Cela inciterait à prendre plus le temps et à ne pas forcément commencer les évaluations dès la première séance. L'adaptation du nombre de séances était d'ailleurs soulevé dans le rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 (cf cadre théorique).

On remarque que avec ou sans guide, avec ou sans programme spécifique, les ergothérapeutes utilisent les mêmes notions de communications. Ce sont ces mêmes notions qui ont pu être évoquées dans le cadre théorique ci-dessus. Ceux qui ont suivi une formation, ici le COTID, évoquent d'autres formes de communication. Ce sont d'autres outils qui peuvent aider à la pratique. D'où l'importance d'accès aux formations et de toujours continuer à s'informer et se former durant la vie professionnelle. C'est d'ailleurs la compétence n°7 du portfolio des ergothérapeutes : «*Évaluer et faire évaluer la pratique professionnelle* », notamment le point 6 qui est : «*Identifier les domaines de formations personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie* »<sup>66</sup>.

Les modèles conceptuels sont d'autres outils pouvant servir, notamment le Modèle de l'Occupation Humaine. Ainsi GC1 dans le cadre de la formation au COTID, qui est basée sur le MOH, trouve que cette vision centrée sur le client est «*vraiment la façon de penser de l'ergothérapie actuelle* ». Elle peut permettre de donner un cadre à sa pratique. Ainsi avec le COTID et le MOH dont la base est la volition, cela permet d'impliquer réellement le patient et l'aidant dans le plan de traitement et donc dans la prise en soin. Cela aura un impact sur l'engagement dans l'activité réalisée durant la prise en soins. Ainsi GC1 remarque : «*je me souviens d'une aidante, elle m'a dit lors de la formulation des objectifs : ben là je comprends vraiment en quoi vous allez pouvoir nous aider* ».

Une des conditions d'accès aux séances de l'ESA est que le patient soit à un stade initial ou intermédiaire de la maladie. De manière quantitative il faut que le MMSE soit supérieur ou égal à 15, comme nous l'avons vu précédemment dans le cadre théorique ci-dessus. Cependant les ergothérapeutes interrogés évoquent qu'ils leur arrivent d'avoir des patients ayant un MMSE en dessous de 15 et ayant des troubles cognitifs assez élevés : la prise en soins est alors plus difficile. GM1 évoque un patient avec des «*troubles qui étaient trop importants et il n'adhérait pas au plan de traitement* ». De surcroît l'application du COTID n'est possible qu'avec des malades en stade initial ou intermédiaire.

---

<sup>66</sup> Portfolio de l'étudiant en ergothérapie, Ministère chargé de la santé, Annexe VI, (Arrêté du 23 septembre 2014 publié au JO le 28 septembre 2014).

GC1 dit : « on cible des gens en début de pathologie ou au stade modéré ». D'où l'importance dans cette maladie neurodégénérative de pouvoir établir un diagnostic le plus tôt possible afin de pouvoir commencer à orienter la personne vers les services, associations, structures auxquelles ils peuvent avoir accès<sup>67</sup>. Mais le parcours du patient jusqu'au diagnostic est encore long : une étude de l'INPES annonçait que les délais les plus longs entre la suspicion du diagnostic et le diagnostic sont d'environ trois à quatre ans.<sup>68</sup> De plus l'annonce du diagnostic n'est pas évidente pour les médecins : c'est la troisième maladie la plus redoutée par les français<sup>69</sup>. Pour pallier à cela, la HAS a publié des recommandations de bonne pratique<sup>70</sup> sur l'annonce du diagnostic. En effet selon l'INPES, en 2009<sup>71</sup> le grand public voyait l'annonce de ce diagnostic réalisée trop rapidement, sans empathie, sans écoute. Ces situations mal vécues et problématiques peuvent contribuer à la méfiance, que certains patients et leurs proches, peuvent avoir envers les futurs soignants qui devront intervenir après. Durant mon stage en ESA, j'ai en effet rencontré un patient dans ce cas. Il avait rencontré plusieurs spécialistes avec lesquels la communication autour de la maladie et du diagnostic ne l'avait pas satisfait. En conséquence, la méfiance envers l'ergothérapeute et l'ASG de l'ESA ne s'est atténuée qu'après plusieurs séances. GC1 évoque des entretiens d'admission rallongés car : « Des fois c'est la première fois qu'il y a un professionnel qui est devant eux et les écoute. J'ai vu des gens hier, le médecin neurologue les a reçus quinze minutes dans son cabinet, il ne leur a rien expliqué ». D'où l'importance de prendre du temps pour l'écoute durant ce premier entretien afin d'établir la relation ; même si les informations données ne rentrent pas toutes dans « les cases » du guide.

Dans cette enquête le guide d'entretien est créé ou personnalisé par les ergothérapeutes et c'est un point important. En effet cela reflète les points qui sont éminents pour le professionnel lors de l'établissement du plan de traitement. Cette enquête reflète je l'espère, l'importance de réserver des items sur les habitudes, les souhaits et volontés du patient et de l'aidant. Je pense que le guide est important, il permet d'officialiser l'entretien, il le cadre. Mais il faut savoir s'en détacher pour être dans l'écoute. Il y a ainsi un juste milieu à trouver entre utiliser un guide et ne pas en utiliser du tout.

---

<sup>67</sup> Recommandation de bonne pratique 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge p.13

<sup>68</sup> Étude qualitative auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer réalisée en 2009 par IPSOS Santé et l'INPES

<sup>69</sup> Selon l'INPES dans le Dispositif d'enquête d'Opinion sur la Maladie d'Alzheimer (DEOMA) : Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer par les professionnels des services d'aide ou de soins à domicile en 2009

<sup>70</sup> Recommandation de bonne pratique 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge

<sup>71</sup> INPES Dispositif d'enquête d'Opinion sur la Maladie d'Alzheimer (DEOMA) : Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer par les professionnels des services d'aide ou de soins à domicile en 2009

La fiche des questions à aborder fait évidemment partie d'un programme qui ne se limite pas à l'entretien d'admission. Je pense que le COTID a un impact sur le fonctionnement global de la prise en soins, notamment dans l'inclusion de l'aidant dès le premier entretien jusqu'à la fin de la prise en charge.

Les entretiens avec les ergothérapeutes concernés m'ont permis de me rendre compte de la pertinence du COTID, et de son application concrète dont je n'avais qu'un aperçu théorique de par sa lecture.

Cela m'a aussi permis de voir que les ergothérapeutes s'adaptaient au programme et utilisaient aussi d'autres évaluations, parce que les entretiens d'évaluation du COTID ne suffisent pas entièrement aux ergothérapeutes interrogés. Je me suis aussi rendue compte que le COTID n'est pas adapté pour tous les patients rencontrés en ESA : il y a des cas de figure où il n'y a pas d'aidant assez présent et comme nous l'avons vu précédemment : les ergothérapeutes refusent rarement des patients au niveau cognitif bas, malgré les indications fixées par le cahier des charges. Suite à ce que j'ai appris grâce à ces entretiens, si j'étais amenée à travailler en ESA, je demanderai à pouvoir me former au COTID.

Un plan de traitement optimal est une notion subjective à chaque ergothérapeute, mais tous évoquent l'importance d'inclure l'aidant dans la prise en soin. Cependant, suite aux entretiens il n'y a que GC1 et 2 où le patient et l'aidant sont vraiment acteurs dans l'établissement du plan de traitement en choisissant et priorisant leurs objectifs. Cela est possible grâce au cadre du COTID ou un « contrat » est mis en place avec l'aidant pour qu'il soit présent pour la suite des séances. Ce qui n'est pas le cas chez les autres professionnels interviewés où l'aidant n'est présent que pour l'EA. Ainsi durant mon stage en ESA, certains profitaient des séances comme d'un répit afin de réaliser certaines activités qu'ils leur étaient impossibles d'effectuer durant la semaine. Je pense que l'inclusion de l'aidant est importante et lui réserver une place dans le guide d'EA ou dans l'entretien en lui-même me paraît juste.

Le plan de traitement se transmet de manière orale et écrite aux ASG pour l'application des objectifs et moyens. De surcroît la séance relais entre l'ergothérapeute et l'ASG au domicile me semble importante : elle est d'ailleurs réalisée par 4 des 6 ergothérapeutes. Elle permet la transition entre deux professionnels différents qui n'ont pas les mêmes rôles : l'ergothérapeute établit le plan de traitement et l'ASG applique celui-ci durant les séances.

Pour ma part, je pense que cette séance relais participe à la suite de la mise en place d'un plan de traitement qui serait optimal. Cela évite une perte de repère pour le patient comme l'aidant, point auquel il faut être vigilant chez des personnes déjà désorientées par la maladie.

Laisser une liberté de choix aux ASG concernant les moyens à mettre en œuvre, me paraît important pour l'implication de l'ASG dans sa relation au patient et leur responsabilisation au vu du plan de traitement. De plus, ce sont eux qui passent le plus de temps avec le patient. Ils peuvent alors remarquer qu'un changement d'objectif/ moyen serait plus opportun. Ce qui va en accord avec l'idée du plan de traitement optimal qui doit-être réévalué/ réadapté si nécessaire.

Les ESA sont des structures récentes, chaque ergothérapeute y intervenant cherche à établir un plan de traitement optimal. Les pratiques sont très diverses, et ne sont pas encore forcément harmonisées. D'ailleurs, parmi les ergothérapeutes interrogés certains ne réalisent l'EA que depuis quelques mois (SG2 et GC1). Auparavant c'était l'IDeC qui le réalisait. Il me semble important que l'ergothérapeute, garde une liberté dans les actions qu'il va mener et dans la façon dont il va réaliser l'entretien d'admission. Utiliser un guide est alors un choix personnel de l'ergothérapeute, et selon moi il cadre plus l'entretien, les informations sont rangées d'emblée dans un ordre identique. L'accès aux informations est facilité lorsqu'il faut se replonger dans toutes les données recueillies pour établir le plan de traitement par rapport à ceux qui n'utilisent pas de guide. Ainsi SG2 dit *« Des fois ça part un peu dans tous les sens donc forcément on s'accroche à une info qu'il a à donner et on essaie de revenir en arrière. Voilà c'est pas toujours évident mais on arrive à compléter quand même »*.

Le but de ce mémoire n'est pas de statuer s'il est préférable d'utiliser un guide et encore mieux dans un programme spécifique, mais plutôt de faire un point sur les méthodes pouvant être appliquées, pour pouvoir choisir en connaissance de cause laquelle convient le mieux à chacun.

## **B- Limites de l'enquête d'initiation à la recherche**

Cette enquête établie dans le cadre d'une initiation à la recherche comporte certaines limites. Tout d'abord, on ne peut généraliser les résultats obtenus, à tout ergothérapeutes qui utilisent un guide ou non ou qui se servent du programme COTID en ESA. En effet, l'échantillon ne comprend que deux ergothérapeutes par catégorie, ce n'est donc pas assez représentatif.

Je n'ai pas pu tester ma grille de questions pour chaque catégorie d'ergothérapeute, car la population de professionnels intervenant sans guides ou utilisant le COTID est plus restreinte. Ainsi certaines questions ont nécessité quelques ajustements au cours de l'entretien, et les réponses ont peut-être été moins naturelles de la part des professionnels interrogés.

Lors de mes entretiens, je suis peu intervenue pour reprendre les ergothérapeutes sur les questions, afin de ne pas « dénaturer » la réponse. Cependant, pour certains ergothérapeutes les réponses manquaient de précision. De plus chacun peut comprendre la question sous un certain angle, l'orientation de la réponse est donc différente. Le fait de ne pas vouloir trop intervenir a fait que certaines réponses étaient plus difficiles à classer lors de l'analyse des résultats.

Lors de mes entretiens avec les ergothérapeutes intervenant sans guide, certaines réponses étaient plus évasives ou moins précises. Ainsi ils n'ont peut-être pas cité tout le champ de leurs interventions, car sans guide il est peut-être plus difficile de se remémorer tous ce qui est abordé.

Avec le recul, je me rends compte que mon guide d'entretien était vraiment conséquent. Si c'était à refaire je souhaiterais restreindre les questions, notamment concernant la dernière partie d'ouverture.

### **C- Apports et intérêt de l'enquête d'initiation à la recherche**

Ce mémoire de fin d'étude a demandé temps et réflexion. Du choix de la thématique aux nombreuses réorientations au cours de l'année afin de préciser le sujet. Ce travail m'aura permis de comprendre les étapes et la méthodologie d'une recherche. Il aura bien évidemment permis d'enrichir mes connaissances sur un sujet qui m'interpellait.

Durant mon enquête, j'ai pu me rendre compte de l'intérêt qu'ont porté les professionnels au sujet. En effet, durant mes entretiens, il est arrivé plusieurs fois qu'il se déroule avec un(e) collègue de l'ergothérapeute que le sujet intéressait. De surcroît, les ESA étant des équipes relativement jeunes, le thème semble intéresser d'autres étudiants. Plusieurs ergothérapeutes interrogés m'ont dit que je n'étais pas la seule à réaliser mon mémoire sur le thème des ESA. Les professionnels exerçant en ESA et les étudiants se penchant sur le sujet pourraient être intéressés par ce travail de fin d'étude.



## Conclusion

Dans le cadre de ce mémoire j'ai choisi de m'intéresser aux guides qui sont utilisés par les ergothérapeutes durant les entretiens d'admission. Pour cela j'ai mené des entretiens à l'aide d'un guide que j'ai moi-même créé. J'ai pu me rendre compte de la difficulté d'obtenir un guide qui convienne parfaitement à la situation donnée. Pour cela il faut pouvoir mener une démarche réflexive sur l'outil et son utilisation, pouvoir le modifier, l'adapter pour qu'il soit pertinent. C'est une démarche qu'il est également important d'avoir dans la pratique professionnelle.

**L'hypothèse de cette démarche de recherche** était que l'utilisation d'un guide d'entretien, notamment de la fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » du programme COTID, participe à établir un plan de traitement optimal.

**Dans le cadre de cette enquête, l'hypothèse est alors partiellement validée**, car un guide peut faciliter le recueil des données en n'oubliant rien et en structurant ce recueil d'informations qui sera plus aisément consultable, ce qui facilitera l'établissement du plan de traitement. Cependant, La fiche des « questions à aborder lors de la première visite à domicile » n'est pas utilisée telle qu'elle. Elle permet de poser le cadre plus que d'aider à l'établissement du plan de traitement, même si indirectement cela y participe. C'est l'application du programme COTID dans son intégralité qui amène les ergothérapeutes à fonctionner différemment dans la manière d'établir le plan de traitement, suite aux évaluations après l'entretien d'admission. De plus un plan de traitement optimal est une notion subjective à chaque ergothérapeute et l'enquête n'a pas pu permettre de déterminer que ceux qui utilisaient la fiche des « Questions à aborder... », ou que ceux qui utilisent un guide établissent un plan de traitement plus optimal que ceux qui n'en utilisent pas.

De surcroît, cette enquête auprès des six professionnels interrogés montre qu'il n'y a pas de différences significatives des conditions de réalisation de l'entretien d'admission entre des ergothérapeutes qui utilisent un guide ou non. Il n'y a pas non plus de facteurs spécifiques qui font que l'ergothérapeute choisisse d'utiliser un guide ou non.

Suite à cette démarche de recherche et au travail mené, si je suis amenée à travailler en ESA, je choisirai de mener l'entretien d'admission avec un guide préétabli qui inclurait le patient, ses volontés mais aussi celles de l'aidant. Dans la suite de la prise en soins je choisirai d'impliquer le duo dans le choix et la priorisation des objectifs du plan de traitement. Je souhaiterais que les moyens soient décidés conjointement avec le patient et son aidant, l'ASG et l'ergothérapeute. De plus si je suis amenée à travailler dans un autre domaine : la santé mentale, la rééducation fonctionnelle j'aimerais aussi réaliser ce premier entretien avec un guide facilitant mon organisation pour l'établissement du plan de traitement que je voudrais optimal. Cette recherche m'a aussi conforté dans l'idée qu'il est nécessaire de continuer à se former au cours de la vie professionnelle.

Ce sujet de mémoire m'a également apporté des connaissances nécessaires à la communication pour établir le début de la relation avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce sont aussi des notions qui sont applicables au quotidien pour améliorer sa relation à l'autre, ce qui est un point important puisque l'Homme vit en société et si l'on en croit Aristote, philosophe de l'Antiquité grecque « *l'être humain est un animal social* ».

Ce mémoire d'initiation à la recherche concerne l'entretien d'admission, mais il serait intéressant, pour un futur mémoire par exemple, de s'intéresser à la pratique des évaluations qui peuvent être réalisées suite à ce premier entretien dans le cadre des ESA. En effet durant mes entretiens avec les ergothérapeutes, j'ai pu me rendre compte que c'est un sujet qui les intéressait.

## Glossaire

**ADL et IADL** : Activities of Daily Living (échelle d'autonomie physique reprenant l'alimentation, se mouvoir, l'habillage et la toilette). Instrumental Activities of Daily Living (échelle des activités instrumentales reprenant les achats, l'utilisation des transports en commun, cuisiner, le ménage ou la lessive, utiliser le téléphone, prendre des médicaments, gérer le budget). <http://papidoc.chic-cm.fr/35autonomieiadl.html>

**Anosognosie** : « Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint ». *Larousse en Ligne consulté le 1/05/16*

**Agnosie** : « Trouble de la reconnaissance des informations sensorielles, dû à une lésion localisée du cortex cérébral, sans atteinte des perceptions élémentaires ». *Larousse en Ligne consulté le 02/05/16*

**Aphasie** : « Affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage parlé et écrit à la suite d'une lésion du cortex cérébral ». *Larousse en Ligne consulté le 02/05/16.*

**Apraxie** : « Trouble de la réalisation des gestes concrets (manipulation d'objets) ou symboliques (signe de croix) indépendant de toute atteinte des fonctions motrices et sensitives et de tout trouble de la compréhension ». *Larousse en Ligne consulté le 02/05/16*

**BEC 96** : Évaluation des troubles de mémoires et des désordres cognitifs associés. Elle comprend des épreuves mnésiques (apprentissage, rappel et orientation), des épreuves organisatrices (manipulation mentale, problèmes, fluence verbale), une épreuve verbale (dénomination), et la dernière est visuo-constructive (reproduction de figures). <http://fmc31200.free.fr/MG-liens/Neurologie/bec96>

**BME** : Bilan Modulaire d'Ergothérapie. C'est un outil qui mesure les conséquences fonctionnelles liées aux problèmes de vieillissement pathologique. <http://hadj.kalfat.free.fr/Documents%20site/BME%20Publication%20.pdf> consulté le 7/05/2016

**Comorbidité** : « La comorbidité fait référence aux affections qui se développent en plus d'une affection primaire associée au handicap (et sans lien avec elle) ». *OMS en ligne consulté le 3/05/2016* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>

**DAD** : Disability Assessment of Dementia. C'est une échelle d'activité de la vie quotidienne reprenant 5 activités de base et 5 activités instrumentales. Les activités sont décomposées en trois : initiative, planification/organisation et action efficace. L'échelle est remplie avec l'aidant principal. <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsychologie/echelleDemenceDADRotrou.pdf>

**Delirium** : « Syndrome cérébral organique, le plus souvent aigu, susceptible d'accompagner diverses affections, et associant une perturbation de la conscience, de l'attention, de la mémoire, de la perception de soi et de l'environnement, de la pensée, du sommeil et des émotions. » *Larousse en Ligne consulté le 02/05/16*

**Geriatric Depression Scale** : Questionnaire de dépistage de la dépression chez la personne âgée, sur 15 items. <http://www.mobiqua.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/10/Outil-2-DEPRES-GDS-15-items.pdf>

**MCRO** : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle. C'est une mesure individualisée créée pour les ergothérapeutes afin que les patients identifient les activités pour lesquelles ils éprouvent des difficultés. *MCRO 2<sup>ème</sup> édition.*

**Mini Nutritional Assessment** : « Outil d'évaluation permettant d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de dénutrition ». [http://www.mnaelderly.com/forms/mna\\_guide\\_french.pdf](http://www.mnaelderly.com/forms/mna_guide_french.pdf)

**MMSE** : Mini Mental Test Examination ; test sur 30 points afin d'évaluer les fonctions cognitives globales de la personne (orientation temporelle, spatiale, l'apprentissage, l'attention et le calcul, le rappel libre, le langage et les praxies). *Le réseau canadien pour la santé des femmes en Ligne consulté le 02/05/16*

**MOCA** : Montréal Cognitive Assessment. Evaluation cognitive sur 30 points reprenant des exercices de traitement visuospatial, dénomination, mémoire, attention, langage, abstraction, rappel, et orientation. [http://www.mocatest.org/pdf\\_files/test/MoCA-Test-French\\_7\\_1.pdf](http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-French_7_1.pdf)

**NPI** : Inventaire Neuro Psychiatrique. « Inventaire pour recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement ». <http://www.cmrr-nice.fr/doc/NPI-R.pdf>

**Protéine  $\beta$ -4 amyloïde** : « Protéine naturellement présente dans le cerveau qui s'accumule au fur et à mesure des années en fonction des différents facteurs génétiques et environnementaux ». Inserm.fr consulté le 02/05/16

**Prise en charge médicamenteuse** : « Assurer au bon patient, l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût ». *HAS Manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé 2011*

**Prise en charge non médicamenteuse** : « Accompagnement relationnel thérapeutique visant prioritairement à préserver le plus longtemps possible les capacités restantes et ainsi à améliorer la qualité de vie de la personne malade ». La HAS reconnaît les règles hygiéno-diététiques, les traitements psychologiques et les thérapeutiques physiques. *France Alzheimer : Les approches thérapeutiques non médicamenteuses. HAS Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Avril 2011.*

**Test de l'horloge** : Il s'agit de représenter les chiffres de l'horloge et les aiguilles dans un cadran déjà tracé.

**Validation** : Méthode développée par Naomi Feil, psychologue et assistante sociale américaine. Elle « consiste à reconnaître comme valides et authentiques les émotions exprimées par la personne qu'elle dispose ou non du vocabulaire adéquat ». *Florence De Cornelissen, Evaluation et prise en charge des différents syndromes démentiels en ergothérapie, Niveau 1 du 8 au 11 septembre 2014.*

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**Zarit et mini Zarit** : Echelle du fardeau de l'aidant, le Zarit comprend 22 items, le mini Zarit 5.  
<http://geriatrie-albi.com/Zarit.htm> consulté le 7/05/2016

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages :**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM IV-TR, P. 205-216, [en ligne]. <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders DSM V, DSM-5*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013

GRAAF M., EN THIJSS M, VAN MELICK P, VERSTRATEN P, L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démences et leurs aidants, Solal 2013 P.13-357

KHOSRAVI M, La communication lors de la maladie d'Alzheimer, Doin 2003, P.42-131

MAURY-ROUAN C, LANGHARS B, Résilience et vieillissement et Maladie d'Alzheimer, Solal 2007, P. 67- 114

MEYER S, Démarche et raisonnement en ergothérapie, PU.Romandes, 2008, P.81-85

MOREL BRACQ M-C Modèles conceptuels en Ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux : Solal ; 2009. P.70-73

ROGERS C, Le développement de la personne, interéditions 1968 [2005], P. 15-17

ROUSSEAU T, Communiquer avec un proche Alzheimer. Comprendre, déculpabiliser, maintenir un lien, Eyrolles 2013, P.84-149

SALOME J, Relation d'aide et formation à l'entretien, Septentrion 2003, P. 19-184

### **Articles :**

AUSSILLOUS-CARQUIL C, ROUFOUSSE C, "Pratique clinique en Equipe Spécialisé Alzheimer", Expériences en Ergothérapie - 27ème série, Sauramps Médical 2014, P.237

BELANGER R, BRIAND C, MARCOUX C, Le modèle de l'occupation humaine: un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le partenaire vol. 13, n°1, hiver 2006

CAIRE J-M, SARRAZY P, TETREULT S, "contribution à une éthique thérapeutique en Ergothérapie, un trilogue: personne Alzheimer, famille, ergothérapeute", Expériences en Ergothérapie - 26ème série, Sauramps Médical 2013, P.207

CAIRE J-M, SARRAZY P, TETREULT S, "Autres perspectives sur la personnalisation de la remise en activité du malade Alzheimer », Expériences en Ergothérapie - 26ème série, Sauramps Médical 2013, P.183

DE CORNELISSEN F. "Ergothérapie et apathie dans les démences", Expériences en Ergothérapie - 27ème série, Sauramps Médical 2014, P.222

INPES Dispositif d'enquête d'Opinion sur la Maladie d'Alzheimer (DEOMA) : Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer par les professionnels des services d'aide ou de soins à domicile *en 2009*

IPSOS Santé et l'INPES - Étude qualitative auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer *réalisée en 2009*

### **Législation :**

ANFE, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, (page consultée le 6/02/2016), [en ligne]. [http://www.anfe.fr/.../telec.../TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](http://www.anfe.fr/.../telec.../TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)

ANFE, définition de la profession, (page consultée le 7/02/2016), [en ligne]. <http://www.anfe.fr/index.php/l-ergotherapie/la-profession>

ANKRI J, VAN BROECKHOVEN C, Rapport d'évaluation du Plan Alzheimer, 2013, [en ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf>

ARS, cahier des charges des ESA [en ligne]. [http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS\\_Internet/Soins\\_et\\_accompagnement/AAP-MS/Circulaire2011-110\\_23.03.2011.pdf](http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Soins_et_accompagnement/AAP-MS/Circulaire2011-110_23.03.2011.pdf)

ARS, Circulaire n° : DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 du 5 avril 2012 relative aux orientations de l'exercice 2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées P.28, [en ligne]. [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_hand\\_grand\\_age/Alzheimer/ESAD/DHGA\\_Alzheimer\\_Circ\\_budg\\_PA\\_PH\\_5avril2012.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_hand_grand_age/Alzheimer/ESAD/DHGA_Alzheimer_Circ_budg_PA_PH_5avril2012.pdf)

HAS, Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, Janvier 2010. [en ligne]. [http://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_937359/fr/actes-d-ergotherapie-et-de-psychomotricite-susceptibles-d-etre-realises-pour-la-readaptation-a-domicile-des-personnes-souffrant-de-la-maladie-d-alzheimer-ou-d-une-maladie-apparentee](http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_937359/fr/actes-d-ergotherapie-et-de-psychomotricite-susceptibles-d-etre-realises-pour-la-readaptation-a-domicile-des-personnes-souffrant-de-la-maladie-d-alzheimer-ou-d-une-maladie-apparentee)

HAS, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. [en ligne]. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie\\_dalzheimer - suivi medical des aidants naturels - synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_synthese.pdf)

HAS, Recommandation de bonne pratique 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge, [en ligne]. [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation maladie d alzheimer et maladies apparentees diagnostic et prsie en charge.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf)

Plan Alzheimer 2008-2012, [en ligne], <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>

Plan Maladie Neurodégénérative 2014-2019, [en ligne], [http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/DP\\_PMND\\_18112014.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_PMND_18112014.pdf)

#### **Sites web :**

AUDIREP glossaire, définition de guide d'entretien, (page consultée le 12/03/2016), [en ligne], <http://www.audirep.fr/glossaire.asp>

BLANCHARD F, (professeur CHU Reims) Histoire de la maladie d'Alzheimer, (Page consultée le 5/01/2016), [en ligne]. [http://ars.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre\\_sante/La\\_sante\\_par\\_public/Personnes\\_agees/assise regionales de la maladie d alzheimer/assises-alzheimer-francoisblanchard.pdf](http://ars.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_sante/La_sante_par_public/Personnes_agees/assise_regionales_de_la_maladie_d_alzheimer/assises-alzheimer-francoisblanchard.pdf)

DUFOUIL C, AMOUEL P, fondation Alzheimer, épidémiologie et facteurs de risques, (page consultée le 16/01/2016), [en ligne], <http://www.fondation-alzheimer.org/0-Articles/60-Epidemiologie%20>

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n°19, Avril 2011, P.6, (page consultée le 14/01/2016), [en ligne]. <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Lettre-31-32.pdf>

HUREL S, CHATELAIN J-P, l'entretien individualisé, (page consultée le 9/01/2016), [en ligne]. [http://www.ac-rouen.fr/medias/fichier/les-techniques-et-les-pieges-de-l-entretien\\_1302700229788.pdf](http://www.ac-rouen.fr/medias/fichier/les-techniques-et-les-pieges-de-l-entretien_1302700229788.pdf)

INSERM, Alzheimer, (page consultée le 17/10/2015), [en ligne], <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>



LEFEVRE N, L'entretien comme méthode de recherche Master 1 Méthodes et techniques d'enquêtes, (page consultée le 11/03/2016), [en ligne],  
[http://staps.univlille2.fr/fileadmin/user\\_upload/ressources\\_peda/Masters/SLEC/entremethrecher.pdf](http://staps.univlille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entremethrecher.pdf)

MIAS L. et Al., Suggestions pour aider à vivre au quotidien la Maladie d'Alzheimer (MA) et la Démence Sénile de Type Alzheimer (DSTA), (page consultée le 6/01/2016), [en ligne, actualisé 2009].  
<http://papidoc.chic-cm.fr/04alzheimsugg.html>. P.19-22

NAOUFAL C, les sept concepts de la relation d'aide, (page consultée le 5/01/2016), [en ligne, publié mai 2014]. <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/>

OMS, la démence, (page consultée le 17/10/2015), [en ligne]  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

PELE F, lecture critique d'article, études épidémiologique, Département de Santé publique INSERM U625. (Page consultée le 9/04/2016), [en ligne].  
[https://facmed.univrennes1.fr/wkf/stock/RENNES20110215115908fpeleLCA\\_epidemio\\_FP\\_Fev2011.pdf](https://facmed.univrennes1.fr/wkf/stock/RENNES20110215115908fpeleLCA_epidemio_FP_Fev2011.pdf)

REVILLARD A, Fiche technique n°7 – La conduite de l'entretien, (page consultée le 9/01/2016), [en ligne]. <http://annerevillard.com/enseignement/ressources-pedagogiques/initiation-investigation-empirique/fiches-techniques-initiation-investigation-empirique/fiche-technique-n%C2%B07-la-conduite-de-lentretien/>

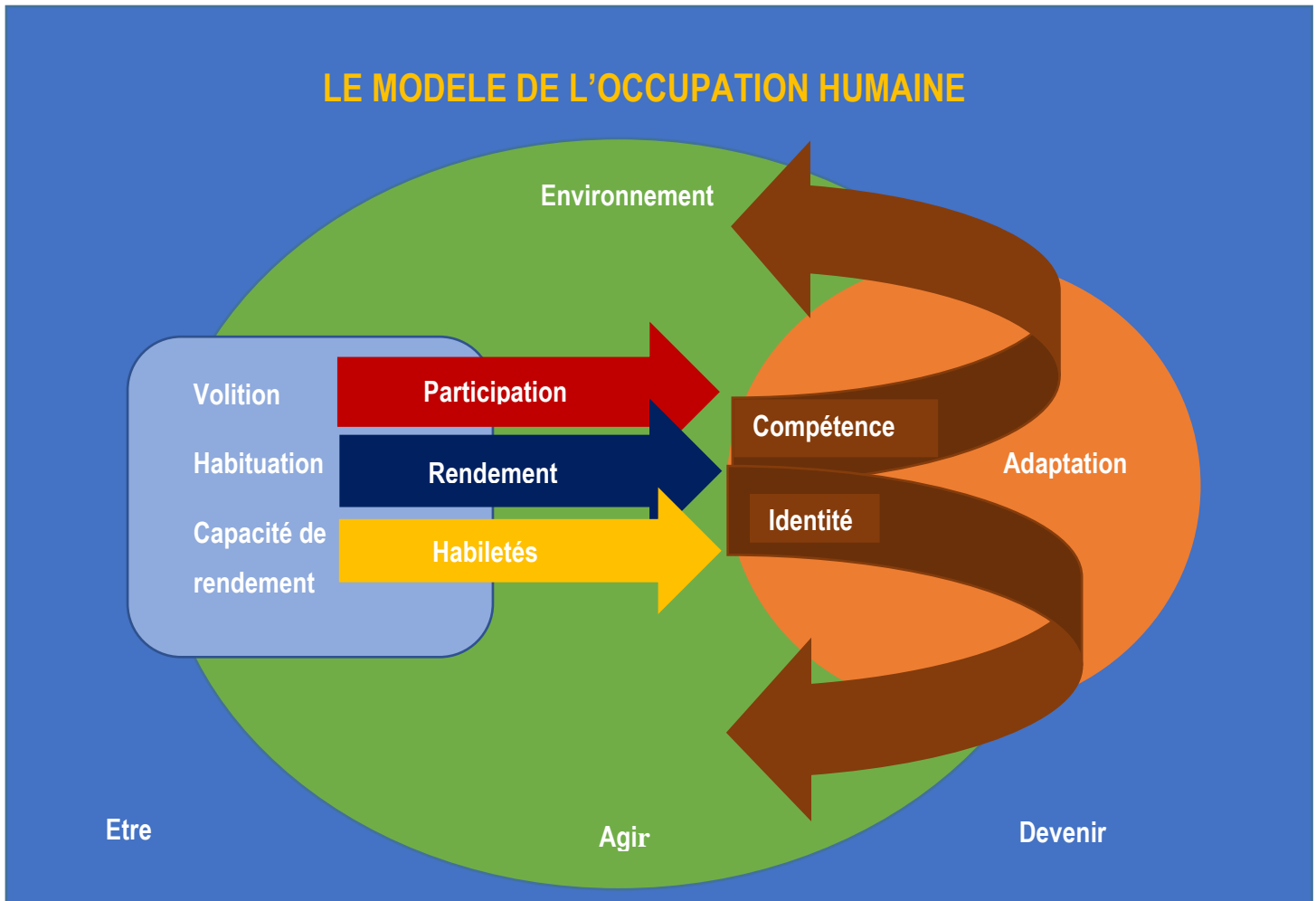
UNNIVERSITE JOSEPH fournier, guide pour la conduite d'entretien, (page consultée le 10/01/2016), [en ligne]. [http://www.suristat.org/document/documentArticle/guide\\_entretien\\_fourier\\_1.pdf](http://www.suristat.org/document/documentArticle/guide_entretien_fourier_1.pdf)

## Table des annexes

Annexe I : Schéma du Modèle de l'occupation Humaine .....	P.59
Annexe II : La fiche des « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » .....	P.60
Annexe III : Guide d'entretien.....	P.61
Annexe IV : Transcription de l'entretien avec GC1.....	P.65
Annexe V : Exemple de guides utilisés par les ergothérapeutes durant l'entretien d'admission.....	P.71
1) GM1.....	P.71
2) GC1.....	P.73

## ANNEXES

### Annexe I : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine



## Annexe II : La fiche des questions à aborder lors de la première visite à domicile.

### A1.2. Fiche « Questions à aborder lors de la première visite à domicile »

#### Objectifs

- Mettre en place une relation de confiance.
- Formuler les attentes mutuelles.
- Se faire une première impression de l'environnement physique et social.

#### Sujets à aborder

- Explication des notions d'ergothérapie et d'intervention ergothérapeutique.
- Question sur d'éventuels actes ergothérapeutiques antérieurs.
- Le motif de la prescription est-il clair ?
- Un diagnostic a-t-il été posé ?
- Avoir une idée claire des attentes de la personne atteinte de démence et de l'aidant.
- Formuler les attentes de l'ergothérapeute.
- Evoquer la nécessité de la présence de l'aidant lors des séances à domicile.
- Fréquence des séances d'ergothérapie à domicile.
- Dépliant « Ergothérapie et démence ».
- Fiche de rendez-vous avec le nom et les coordonnées de l'ergothérapeute.

#### Questions orientées

- Le gériatre/médecin généraliste/spécialiste m'a demandé de vous rendre visite. Savez-vous en quoi consiste l'ergothérapie ? / Connaissez-vous la raison de la prescription ?
- Avez-vous déjà bénéficié de séances d'ergothérapie dans le passé ?
- Avez-vous déjà entendu parler d'ergothérapie ?
- Votre médecin (généraliste) a-t-il déjà posé un diagnostic ?
- Avez-vous une idée ou des attentes au sujet de ces séances d'ergothérapie ?
- Si oui, lesquelles ?

## Annexe III : Guide d'entretien

### GUIDE D'ENTRETIEN

Cet entretien entre dans le cadre de mon projet de fin d'étude. Il a pour but de s'entretenir avec les ergothérapeutes qui pratiquent en ESA et qui réalisent l'entretien d'admission. Il s'intéresse aux guides d'entretiens utilisés durant celui-ci, et à la pratique des ergothérapeutes autour de cette thématique.

Cet entretien téléphonique sera enregistré afin que je puisse utiliser et transcrire les données recueillies afin de pouvoir utiliser au mieux les données. L'identité des ergothérapeutes interrogés sera préservée et rendue anonyme. N'hésitez pas à poser des questions. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions.

#### PARTIE I : Généralités

1) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapeute ?

2) Depuis combien d'années exercez-vous en ESA ?

3) Réalisez-vous seul l'entretien d'admission ?

(Si non qui d'autre est présent ?, et qui est le principal intervenant ?)

4) Lors du 1<sup>er</sup> entretien, il y a majoritairement une 1/3 personne qui est présente. Qui est ce ? (Le conjoint/ Un enfant/ Un professionnel/Autres)

- Et cette personne est-elle l'aidant principal ?

5) Avez-vous des informations sur le patient avant ce premier entretien ?

Si oui, de quelles manières ? (téléphone, autres...), et de quelles types d'informations s'agit-il ? (administrative, difficultés personnelles, autres...)

7) Combien de temps dure de manière générale un entretien d'admission ?

a) Est-il comptabilisé dans les 15 séances prescrites ?

8) Qu'apportez-vous comme matériel ? (Feuille décrivant l'ergothérapie, carte de visite, fiche des « questions à aborder lors de la première visite à domicile », fiches d'informations destinés aux aidants, autres...)

9) Trouvez-vous que l'étape de l'entretien d'admission est importante pour vous dans l'élaboration du plan de traitement ?

10) Utilisez-vous un guide d'entretien/ un outil normé ?

## PARTIE II : l'entretien avec ou sans guide ou avec le COTID

	<b>Ergothérapeute réalisant l'entretien avec guide maison</b>	<b>Ergothérapeute réalisant l'entretien dans le cadre du programme COTID</b>	<b>Ergothérapeute réalisant l'entretien sans guide</b>
<b>1</b>	Qui l'a créé ? (vous/ l'ergothérapeute précédent/ un ergothérapeute travaillant dans une autre ESA/ Autres....).	Avez-vous suivi la formation du programme COTID ? Si oui Quand ?	Avez-vous une trame/schéma dans votre tête que vous répétez pour les entretiens d'admission ? - Si Oui, lesquelles ? - Si, non pour quelles raisons ?
<b>2</b>	Depuis combien de temps l'utilisez-vous ?	Depuis quand l'utilisez-vous ? - Comment faisiez-vous auparavant ?)	Depuis combien de temps fonctionnez-vous comme cela ?
<b>3</b>	Quels en sont les questions/ items ?	Suivez-vous la fiche « questions à aborder lors de la première visite à domicile » Du programme COTID  (Dans celui-ci M. Graaf donne une fiche des questions à aborder avec le patient : (Explication notion d'ergothérapie/ actes éventuels d'ergothérapie antérieur/ motif de la prescription clair ?, /Diagnostic posé ?/ Avoir une idée claire des attentes du patient et de l'aidant/ évoquer la nécessité de la présence de l'aidant lors des séances à domicile/ fréquence des séances d'ergo/ Le dépliant Ergothérapie et Démence/ La fiche de rendez-vous avec nom et coordonnées de l'ergothérapeute) Cette fiche comprend les questions orientées à poser pour répondre à ces sujets.  Si non, quelles questions posez-vous ? (précisément)	Pouvez-vous me parler du contenu de ce que vous évoquez avec le patient durant cet entretien ?
<b>4</b>	L'utilisez-vous pour chaque entretien ? - Si non, quand et pour quelles raisons ne l'utilisez-vous pas ? - Posez-vous tous les items à chaque fois ?	Pour quelles raisons avez-vous choisi cet outil(s) ?	A qui vous adressez vous principalement durant cet entretien ? (Personne MA/aidant/Autres)
<b>5</b>	A qui vous adressez vous principalement durant cet entretien ? (Personne MA/aidant/Autres)	L'utilisez-vous pour chaque entretien ? - Si non, quand et pour quelles raisons ne l'utilisez-vous pas ?	Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être écourtés ? <i>si (OUI pourquoi ?)</i>  Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être rallongés ? <i>(Si OUI pourquoi ?)</i>
<b>6</b>	Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être écourtés ? <i>(si OUI pourquoi ?)</i>  Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être rallongés ? <i>(Si OUI pourquoi ?)</i>	- A qui vous adressez vous principalement durant cet entretien ? (Personne MA/aidant/Autres)	Cette manière de fonctionner est- elle adaptée pour établir un plan de traitement ? (Si oui pourquoi)
<b>7</b>	Cette manière de fonctionner est- elle adaptée pour établir un plan de traitement ? (Si oui pourquoi)	Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être écourtés ? <i>si (OUI pourquoi ?)</i>  Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être rallongés ? <i>(Si OUI pourquoi ?)</i>	Êtes-vous satisfait cette manière de fonctionner ?  - Pourquoi ?
<b>8</b>	Êtes-vous satisfait de cet outil ? Pourquoi ?	Que vous apporte t'il en plus ? (que si vous n'utilisiez pas cet/ces outils)	Souhaiteriez-vous modifier cette manière de réaliser les entretiens ? - Si oui comment ?

9	<p>Faudrait-il lui apporter une modification ?</p> <p>Si oui laquelle(s) ?</p>	<p>Cette manière de fonctionner est- elle adaptée pour établir un plan de traitement ? (Si oui pourquoi)</p>	<p>Seriez-vous intéressé par l'utilisation d'un guide d'entretien, un outil normé adapté à la personne âgée, à la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée ?</p>
10	<p>Seriez-vous intéressé par l'utilisation d'un guide d'entretien, un outil normé adapté à la personne âgée, à la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée ?</p>	<p>Avez-vous plus de facilité à formuler le plan de traitement en utilisant cette fiche ? (qu'auparavant)</p>	<p>Connaissez-vous le programme COTID (C'est un programme, réalisé par M. Graaf et Al. ; destiné aux ergothérapeutes intervenant au domicile des personnes atteintes de démences, avec une démarche de recueil du récit du patient, de l'aidant avec des entretiens, et des outils fournis par le programme afin de formuler un programme de soins adapté, centré sur le patient). Dans ce programme il est fourni une fiche de « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » qui donne un « guide » des sujets à aborder avec le patient : (Explication notion d'ergothérapie/, actes éventuels d'ergothérapie antérieur/ motif de la prescription clair ?, /Diagnostic posé ?/ Avoir une idée claire des attentes du patient et de l'aidant/ évoquer nécessité de la présence de l'aidant lors des séances à domicile/ fréquence des séances d'ergothérapie/ Le dépliant Ergothérapie et Démence/ La fiche de rendez-vous avec nom et coordonnées de l'ergothérapeute. Cette fiche comprend les questions orientées à poser pour répondre à ces sujets. Seriez-vous intéressé par l'utilisation d'un tel outil pour l'entretien ? - Pourquoi ?</p>
11	<p>Connaissez-vous le programme COTID (C'est un programme, réalisé par M. Graaf et Al. ; destiné aux ergothérapeutes intervenant au domicile des personnes atteintes de démences, avec une démarche de recueil du récit du patient, de l'aidant avec des entretiens, et des outils fournis par le programme afin de formuler un programme de soins adapté, centré sur le patient). Dans ce programme il est fourni une fiche de « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » qui donne un « guide » des sujets à aborder avec le patient : (Explication notion d'ergothérapie/, actes éventuels d'ergothérapie antérieur/ motif de la prescription clair ?, /Diagnostic posé ?/ Avoir une idée claire des attentes du patient et de l'aidant/ évoquer nécessité de la présence de l'aidant lors des séances à domicile/ fréquence des séances d'ergothérapie/ Le dépliant Ergothérapie et Démence/ La fiche de rendez-vous avec nom et coordonnées de l'ergothérapeute. Cette fiche comprend les questions orientées à poser pour répondre à ces sujets. Seriez-vous intéressé par l'utilisation d'un tel outil pour l'entretien ? - Pourquoi ?</p>	<p>Êtes-vous satisfait de cet outil ? Pourquoi ?</p>	<p>Seriez-vous éventuellement intéressé par une formation (qui serait prise en charge) sur l'utilisation de ces outils, et de l'application du programme COTID (même si je ne l'ai que brièvement présenté) ?</p>
12	<p>Seriez-vous éventuellement intéressé par une formation (qui serait prise en charge) sur l'utilisation de ces outils, et de l'application du programme COTID ? (même si je ne l'ai que brièvement présenté)</p>	<p>a) Faudrait-il lui apporter une modification ? Si oui laquelle(s) ? b) Que vous apporte le programme COTID par rapport à votre fonctionnement antérieur ?</p>	

### **PARTIE III : le plan de traitement**

- 1) Qui décide du plan de traitement ?
- 2) Avez-vous une trame du plan de traitement prédéfinie ?
- 3) Dans votre plan de traitement prévoyez-vous toutes les séances restantes de réhabilitation ? (objectifs et moyens clairement énoncés pour chaque séance)
- 4) Comment s'effectue la transmission ergothérapeutes-ASG, suite aux séances d'admission et d'évaluations ?
- 5) Avez-vous déjà rencontré des difficultés à l'élaboration du plan de traitement ? (théorique si vous en avez un préconçu, et du plan de traitement spécifique au patient donné) ?  
- Pourquoi ?
- 6) Cette manière de réaliser les plans de traitement vous satisfait-elle ?  
- Pourquoi ?
- 7) Pour vous qu'est-ce qu'un plan de traitement optimal ?

### **PARTIE IV : Ouverture**

- 1) Avez-vous des « techniques de communication » que vous essayez d'appliquer spécifiquement lors de ces entretiens ?  
- Si oui, quelles sont-elles ? (*Communication verbale/non verbale*)
- 2) Pensez-vous que le lieu où se déroule l'entretien ait une importance et si oui, dans quelle(s) mesure(s) ?
- 3) Laissez-vous le choix ou imposez-vous une pièce qui vous semble plus propice/pratique ?
- 4) Pour vous, quelle serait la manière idéale de réaliser un entretien ? (durée, nombre de séances, conditions, ...)
- 5) Avez-vous eu des formations à l'entretien ? (durant la formation pédagogique, durant votre parcours professionnel, Autre...)
- 6) Combien de séances sont nécessaires à la réalisation des évaluations ?
- 7) Quelles évaluations faites-vous passer à l'issue de ces entretiens ?
- 8) L'aidant est-il présent lors de ces séances d'évaluations ?
- 9) Avez-vous des objections, des remarques ? (A propos du sujet, de ce mémoire, Autres...)



## Annexe IV : Transcription de l'entretien avec GC1

### GUIDE D'ENTRETIEN

*En bleu ce sont les questions posées et remarques énoncées par Laura Gohin l'étudiante.*

*En noir ce sont les réponses apportées par GC1*

Cet entretien entre dans le cadre de mon projet de fin d'étude. Il a pour but de s'entretenir avec les ergothérapeutes qui pratiquent en ESA et qui réalisent l'entretien d'admission. Il s'intéresse aux guides d'entretiens utilisés durant celui-ci, et à la pratique des ergothérapeutes autour de cette thématique.

Cet entretien sera enregistré afin que je puisse utiliser et transcrire les données recueillies afin de pouvoir utiliser au mieux les données. Votre identité sera préservée et rendue anonyme.

N'hésitez pas à poser des questions et intervenir. Vous n'êtes pas obligés de répondre à toutes les questions.

### **PARTIE I : Généralités**

1) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapeute ? En 97

2) Depuis combien d'années exercez-vous en ESA ? Depuis septembre 2009

3) Réalisez-vous seul l'entretien d'admission ? Oui

5) Lors du 1<sup>er</sup> entretien, il y a majoritairement une 1/3 personne qui est présente. Qui est ce ? (Le conjoint/ Un enfant/ Un professionnel/Autres)

Ça peut être le conjoint, un enfant, un ami, un professionnel à partir du moment où il est suffisamment présent comme une aide à domicile par exemple.

- Et cette personne est-elle l'aidant principal ? Oui

6) Avez-vous des informations sur le patient avant ce premier entretien ? Très peu : il y a juste un échange téléphonique lors de la demande et c'est tout.

- de quelles types d'informations s'agit-il ? (administrative, difficultés personnelles, autres...)

On a effectivement l'identité de la personne : nom, prénom, date de naissance, les médecins qui la suivent, médecins généralistes et médecins spécialistes. On demande s'ils ont en possession la prescription médicale, on demande s'ils ont le diagnostic de la pathologie et on commence à demander un peu s'il y a des professionnels qui interviennent au domicile. Voilà en gros ce qui est demandé.

7) Combien de temps dure de manière générale un entretien d'admission ? 1h00

a) Est-il comptabilisé dans les 15 séances prescrites ? Non

8) Qu'apportez-vous comme matériel ?

Une plaquette présentant l'ergothérapie. La plaquette de l'Equipe Mobile Alzheimer (EMA). Après, moi j'ai mon dossier de recueil de données pour cette 1<sup>ère</sup> visite.

9) Trouvez-vous que l'étape de l'entretien d'admission est importante pour vous dans l'élaboration du plan de traitement ?

Déjà, elle est importante pour l'acceptation ou non de notre intervention. Cette première séance qui n'est pas comptabilisée pour moi parce qu'elle peut refuser notre intervention. Donc elle est primordiale pour moi, pour le plan de traitement parce que ça veut dire accepter l'intervention de l'EMA. Ça veut dire accepter tout ce qui va se mettre en place : accepter les

entretiens pour la personne aidée comme pour l'aidant. C'est déjà une première démarche de les avoir dans cette acceptation-là. C'est déjà un 1<sup>er</sup> engagement en fait.

#### 10) Utilisez-vous un guide d'entretien/ un outil normé ?

Oui on a, en général, alors ce n'est pas toujours dans cette ordre là que ça va se passer. Alors je commence par expliquer qui je suis, ma profession, la présentation de l'équipe, en disant que je ne suis pas la seule personne qu'ils vont voir, et après je commence par leur demander leur identité, leurs coordonnées, s'ils sont mariés, s'ils ont des enfants, et puis souvent je commence par leur parler de leur histoire de vie. Parce que ce sont des personnes qui ont une mémoire ancienne préservée, donc ils sont plus à l'aise de parler de leur petite enfance, des étapes de leur vie, de leur activité professionnelle. Voilà et ça me permet déjà d'avoir une idée sur qui ils sont et puis d'avoir déjà des idées sur les activités qui sont importantes pour eux. Et puis il y a aussi l'aidant qui est présent, donc ça permet de confirmer certaines informations que la personne aidée peut donner et puis après je fais aussi une évaluation de l'environnement humain, pour savoir les professionnels médicaux, paramédicaux, les aidants, les services d'aides à domicile qui interviennent etc...

Ça permet déjà de faire ce recueil d'informations là. Et puis quelques informations sur les troubles : depuis quand ils existent, depuis quand ça s'est passé, donc le diagnostic, ça me permet de savoir si la personne en a connaissance, même si au préalable au téléphone je lui ai déjà posé la question. Le traitement médicamenteux aussi que je relève. Et ensuite ça va être les antécédents médicaux et puis des questions un peu sur une journée type : comment se passe une journée type pour la personne. Ça va m'aider voilà.

Et puis sur l'aidant des informations le concernant, c'est-à-dire plutôt échanger une adresse mail, un numéro de téléphone, pour pouvoir communiquer.

L : Donc en fait vous avez toutes ces questions- là écrites, que vous remplissez au fur et à mesure ? Oui c'est dans le recueil de données. Ce que je n'ai pas dit aussi : c'est les souhaits de la personne sur son avenir aussi.

L : D'accord ; je serai intéressée d'avoir, si vous le voulez bien, cette grille par mail, en fait je la glisserai en annexe de mon mémoire.

## **PARTIE II : l'entretien avec ou sans guide**

1) Avez-vous suivi la formation du programme COTID ? Si oui Quand ? Juin et novembre 2013

2) Depuis quand l'utilisez-vous ? Depuis 3 à peu près.

3) Suivez-vous la fiche « Questions à aborder lors de la première visite à domicile » Du programme COTID ?

*(Dans celui-ci M. Graaf donne une fiche des questions à aborder avec le patient : (Explication notion d'ergothérapie/, actes éventuels d'ergo antérieur/ motif de la prescription clair ?, /Diagnostic posé ?/ Avoir une idée claire des attentes du patient et de l'aidant/ évoquer nécessité de la présence de l'aidant lors des séances à domicile/ fréquence des séances d'ergo/ Le dépliant Ergothérapie et Démence/ La fiche de rendez-vous avec nom et coordonnées de l'ergothérapeute). Cette fiche comprend les questions orientées à poser pour répondre à ces sujets.*

Alors pas exactement,

L : Oui c'est bien ce que j'ai compris. Mais ce qu'il y a dedans on le fait quoi.

L : Donc vous le faites, mais vous faites plus que ce qu'il y a de demandé avec la fiche des questions ?

Oui, oui c'est vrai que l'histoire, la biographie de la personne elle l'aborde plus dans l'entretien OPHI-II après. C'est vrai qu'on l'aborde aussi un peu, mais ouais on en fait un peu plus.

6) L'utilisez-vous pour chaque entretien ?

Non, on utilise COTID parce que les outils de COTID on les utilise dans toutes les situations que l'on suit, notamment l'entretien OPHI-II, quand on a une personne sur une activité de la vie quotidienne, les habiletés motrices opératoires, l'entretien ethnographique avec l'aidant, tout ça on le fait, mais pas toutes les situations qu'on suit parce que il faut que la personne soit à un stade léger ou modéré de la maladie, et parfois c'est pas toujours le cas sur l'EMA c'est pourtant dans les préconisations mais parfois il y a certaines situations où la personne est plus évoluée dans la maladie mais on fait le choix de rester sur EMA parce qu'on voit des objectifs notamment dans la mise en place de compensation humaine notamment. Du

coup avec cette personne-là, on ne peut pas faire le programme COTID, ou alors des personnes qui n'ont pas un aidant suffisamment présent. Et puis aussi en termes de temps, parce que si je l'appliquais sur toutes les situations que je suis, comme il faut que j'y aille sur au moins 4 séances, sans compter la 1<sup>ère</sup> séance de rencontre, je ne pourrais pas le faire sur toutes les situations que je rencontre. Donc c'est vraiment quand on cible des gens en début de pathologie au stade modéré, qu'il y a un aidant qui est bien engagé et impliqué et bien voilà. Et qui est prêt à écouter aussi, parce qu'il faut que l'aidant aussi s'adapte, voilà donc ce n'est pas toutes les situations

Pour quelles raisons avez-vous choisi cet outil(s) ?

C'est que au début quand on a débuté on était une équipe pilote, donc on était dans la découverte, dans la mise en place des choses. La 1<sup>ère</sup> chose c'était que c'était difficile pour nous de se dire : il n'y a que 15 séances et après ça s'arrête on s'en va, on avait le sentiment de créer du manque, de partir et puis ce qu'on avait préconisé ça ne se poursuivait pas forcément. Je me suis intéressé à COTID pour cette raison-là. Parce que M. Graaf avait bien prouvé que 10 séances d'ergothérapie permettait le maintien des habiletés de la personne, et que ça puisse continuer ensuite sans l'ergothérapeute. Et puis la 2<sup>ème</sup> raison c'est par rapport à l'aidant : on avait beaucoup d'aidants qui étaient épuisés, et qui demandaient de l'aide. Mais à chaque fois qu'on leur faisait des propositions d'aide, ils disaient ben non ... Enfin il y avait toujours une raison comme quoi ce n'était pas possible de mettre en place. Il y avait une ambivalence de l'aidant et quand j'entendais aussi d'autres collègues, des IDEc du SSIAD, dans d'autres situations, j'entendais souvent ce terme-là : l'aidant est complètement ambivalent. Je me suis dit : sois on s'arrête à ça et on n'avance pas plus que ça. On ne fait pas d'autres propositions, soit on essaye de comprendre pourquoi il y a de l'ambivalence. Je me suis dit qu'on n'accordait pas suffisamment de temps à l'aidant pour comprendre qui il est, ses besoins, ses propres activités et le programme COTID répondait complètement à ça. Parce qu'il y a autant de temps accordé à l'aidant qu'à la personne aidée, et ça me paraît essentiel en fait, ça fonctionne mieux quand on connaît l'aidant, on peut proposer des choses qui sont plus adaptées, qui lui correspondent vraiment. Et puis la formulation des objectifs aussi qui est faite conjointement, donc les séances elles coulent de source après, une fois que la formulation des objectifs est faite avec l'aidant et la personne aidée, les séances pour les ASG c'est beaucoup plus simple. Elles peuvent se référer à ça : voilà vous avez déterminé tel objectif, vous avez planifié, on commence par travailler ça...Après on fera autre chose la semaine suivante. Voilà c'est beaucoup plus facilitateur.

7) A qui vous adressez vous principalement durant cet entretien ? (Personne aidée/aidant/Autres). Je pose mes questions à la personne aidée et après je dis à l'aidant qu'il peut compléter à tout moment. Après il y a des questions qui concernent que l'aidant, mais principalement à la personne aidée.

8) Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être écourtés ? Si (OUI pourquoi ?). Non, après qu'il y ait des personnes qui disent non c'est déjà arrivé mais c'est assez exceptionnel, depuis 2009.

9) Avez-vous eu des entretiens qui ont dû être rallongés ? (Si OUI pourquoi ?)

Ah ben ça arrive, on peut se faire déborder facilement, ça c'est sûr ! Pour les gens c'est des fois la 1<sup>ère</sup> fois qu'il y a un professionnel qui est devant eux et les écoute. J'ai vu des gens hier, le médecin neurologue les a reçu 15 mn dans son cabinet, il ne leur a rien expliqué. Il y a des choses, ça prend du temps. Sur des personnes logorrhéique aussi c'est difficile après de s'échapper : la 1<sup>ère</sup> rencontre c'est la relation de confiance qui s'installe c'est le 1<sup>er</sup> lien donc effectivement on ne peut pas partir comme ça en courant : c'est l'heure de partir au bout d'une heure quoi.

10) Que vous apporte t'il en plus ? (que si vous n'utilisiez pas cet/ces outils)

Après expliquer ce qu'est l'ergothérapie, ce qu'on fait, les activités, tout ça c'est essentiel quoi. Ça permet vraiment de cibler sur le fait qu'on va travailler ensemble sur les AVQ<sup>72</sup>, le maintien des compétences, le maintien à domicile. Bien présenter l'ergothérapie et EMA je trouve que c'est essentiel et évaluer les besoins si ça correspond bien à ce qu'on peut leur apporter. Donc oui c'est important.

L : Donc vous pensez que les questions à aborder du programme COTID de M. Graaf, lors de la 1<sup>ère</sup> visite posent les choses, au moins comme quoi il faut vraiment prendre le temps d'expliquer, de se présenter, d'expliquer ce qu'est l'équipe.

---

<sup>72</sup> Activités de Vie Quotidiennes

Ben ouais, dans toute démarche ergo je pense, cette première rencontre, ce premier contact est essentiel je crois. Même si parfois la personne aidée et l'aidant ne comprennent pas toujours en quoi on va pouvoir les aider. M. Graaf elle le dit bien, parfois ça vient plus tard. Moi je me souviens d'une aidante, elle m'a dit lors de la formulation des objectifs : ben là je comprends vraiment ce que vous allez pouvoir faire, en quoi vous allez pouvoir nous aider. M. Graaf elle disait parfois c'est vrai que la compréhension ça vient plus tard. C'est vrai qu'elle dit aussi qu'il faut jamais donner d'exemple sur ce qu'on peut travailler parce que c'est vrai ça peut emmener sur une fausse route, une idée par rapport à eux, alors que c'est quelque chose qui n'est pas forcément essentiel pour eux.

11) Cette manière de fonctionner est-elle adaptée pour établir un plan de traitement ergothérapeutique ? (Si oui pourquoi)

Oui ben ça y participe déjà, c'est essentiel après, oui.

J'ai rien trouvé de surprenant par rapport à la démarche ergo en général, c'est vrai que ce 1<sup>er</sup> entretien, se présenter, c'est comme ça que ça doit débiter. Et puis les attentes respectives, c'est donner le cadre, le nombre de séance le rythme, c'est vrai que c'est dit dès la première séance, les outils qui seront utilisés. Nous, on laisse un classeur au domicile, qu'il y aura des bilans, qu'ils seront envoyés aux médecins, aux autres professionnels aussi. Voilà ça c'est le cadre et quand on pose le cadre voilà, il n'y a aucun...on signe rien mais c'est une forme d'engagement quand même.

12) Avez-vous plus de facilités à formuler le plan de traitement en utilisant cette fiche ? (qu'auparavant)

Oui, oui, voilà en plus quand on va jusqu'à la formulation des objectifs, moi je fais un retour à la personne aidée de ce que j'ai compris de sa situation, plus une analyse, pareil pour l'aidant. J'ai des petites fiches sur lesquelles j'ai noté tout ce qui était essentiel pour la personne aidée et ce qui était essentiel pour l'aidant. Ils les priorisent et ensemble c'est la discussion qu'on a autour de ça. On définit des objectifs donc c'est pas moi toute seule dans mon bureau qui réfléchit aux objectifs sur mes bilans. C'est vraiment fait conjointement, donc c'est plus facile, par contre ça prend du temps.

L : D'accord, et sinon est-ce que c'est plus facile pour vous, par rapport à un entretien d'admission que vous réalisiez avant et un entretien d'admission que vous réalisez maintenant (avec le programme COTID) ?

Alors on était...après il y a eu l'évolution dans le service, là c'est l'ergo qui le fait, avant ce n'était pas l'ergo...

Mais oui sur le fait de prendre un peu plus de temps pour expliquer ce qu'est l'ergothérapie. Mais après on n'était pas à côté de la plaque avant quand même.

13) Êtes-vous satisfait de cet outil ? Pourquoi ?

Oui, Oui on peut toujours améliorer, mais pour l'instant on en est satisfait. Ce que j'ai oublié de dire aussi c'est que M. Graaf elle a aussi une petite fiche de conseil à donner à la personne d'emblée, en fait. Utiliser des phrases courtes... Il y a une petite fiche comme ça et c'est vrai que pendant un moment on la donnait aussi. Je crois que ma collègue elle la donne, moi j'y pense moins ces derniers temps. Mais on avait envie de faire quelque chose d'un peu plus complet : ça reste général, ce n'est pas personnalisé, mais des petits conseils simples en disant par exemple qu'est-ce qu'est l'APA<sup>73</sup>, des petites choses comme ça qui reviennent souvent. Il y avait une petite fiche de M. Graaf qu'on avait l'habitude de donner effectivement en plus.

Je dirais que c'est ça qu'il faudrait améliorer, leur donner de façon un peu plus systématique, mais en disant bien que c'est des généralités. L'inconvénient des généralités c'est que ça ne correspond pas toujours à leurs situations.

14) Faudrait-il lui apporter une modification ? Si oui laquelle(s) ? Vous avez déjà répondu à cette question précédemment du coup. Oui un outil utile d'informations générales.

15) Que vous apporte le programme COTID par rapport à votre fonctionnement antérieur ?

De proposer quelque chose de plus personnalisé, à l'un et à l'autre, à l'aidant et à la personne aidée, et c'est pas que une démarche ergo. Ça a été une démarche de l'équipe aussi, au niveau des ASG aussi, ça leur semble plus cohérent dans leur démarche aussi. Après, dans leurs actions aussi. Une analyse des choses meilleure aussi je trouve. Rédiger un diagnostic ergo c'est beaucoup plus facile avec le programme COTID qu'avant. Les entretiens aussi, avoir une base : sur quel type d'entretien partir c'est déjà des entretiens qui nous aident bien à comprendre qui ils sont : leurs valeurs, leurs habitudes, ce qui est essentiel, les activités significatives etc...

---

<sup>73</sup> Allocation Personnalisée d'Autonomie

On est dans le MOH aussi, donc c'est vraiment la façon de penser de l'ergothérapie actuelle. Voilà sur la mise en place d'activités aussi, je trouve que c'est... Dans l'évolution de l'ergothérapie en France, on tend vers ça donc je trouve que ça me correspond bien.

### **PARTIE III : Le plan de traitement**

1) Donc c'est vous qui décidez du plan de traitement... Oui

2) Avez-vous une trame du plan de traitement prédéfini ? Non, les objectifs ont été priorisés par les personnes, on les note. Il y a des objectifs pour l'aidant, des objectifs pour la personne aidée.

3) Dans votre plan de traitement prévoyez-vous toutes les séances restantes de réhabilitation ?  
(Objectifs et moyens clairement énoncés pour chaque séance)

Non, moi je définis les objectifs et après c'est les ASG qui gèrent. Par exemple si un objectif c'est continuer, ou faire du jardinage pour la personne aidée, je peux mettre à côté des petits exemples de moyens qui ont pu être discutés, mais pas plus. Après c'est les ASG qui s'organisent sur les séances. Elles sont libres à ce niveau-là...Après si, elles sont libres d'organiser les séances comme elles le souhaitent : après on se voit tous les jours, il y a des échanges informels tous les jours, puis il y a une réunion hebdomadaire. Donc je sais exactement ce qu'il se passe à chaque séance. Il y a des transmissions écrites aussi.

4) Comment s'effectue la transmission ergothérapeutes-ASG, suite aux séances d'admission et d'évaluations ?

Et bien à l'oral, en général je n'ai jamais le temps d'écrire, de faire le compte-rendu. Mais à l'oral, lors de la réunion lundi, je transmets toutes les informations, ce que je sais de la situation et les objectifs. Après les objectifs sont notés, les ASG quand elles partent elles ont des feuilles de transmissions, elles partent avec ça et il y a toujours les objectifs de notés dedans, elles l'ont toujours avec elle

5) Avez-vous déjà rencontré des difficultés à l'élaboration du plan de traitement ? (théorique si vous en avez un préconçu, et du plan de traitement spécifique au patient donné) ?

-Pourquoi ? Alors si c'est arrivé c'est qu'il y a plein de choses qui n'avaient pas été bien faites avant ou la personne elle ne correspondait pas à ce que l'EMA pouvait apporter. Mais sinon non, en général non.

6) Cette manière de réaliser les plans de traitement vous satisfait elle ? Pourquoi ?

Après c'est vraiment toute l'étape de l'évaluation qui est plus longue, qui est essentielle en fait. Quand il y a des ergo en ESA qui vont juste une fois au domicile en fait je ne vois pas comment elles peuvent correctement évaluer la situation et poser les objectifs. Donc c'est vrai que l'évaluation COTID elle est plus longue. Mais du coup elle permet de mieux cibler les besoins.

7) Pour vous qu'est-ce qu'un plan de traitement optimal ? A mon avis, un plan de traitement optimal est un plan qui répond de la meilleure façon possible aux objectifs de la personne. Un plan de traitement optimal correspond à la demande, aux besoins, au projet de la personne. Il découle des objectifs de la personne. Et ce plan de traitement est optimal s'il est réévalué, et adapté si nécessaire aux changements et évolutions de la situation de la personne.

### **PARTIE IV : Ouverture**

1) Avez-vous des « techniques de communications » que vous essayez d'appliquer spécifiquement lors de ces entretiens ?

- Si oui quelles sont-elles ? Après l'empathie, des techniques de communication verbale, non verbale, le toucher, le positionnement, la validation aussi pour les gens plus évolués dans la maladie, la reformulation. Euh qu'est-ce que je pourrais dire d'autres, oui c'est déjà pas mal.

2) Pensez-vous que le lieu où se déroule l'entretien ait une importance et si oui, dans quelle(s) mesure(s) ?

Ah ben oui parce qu'on est au domicile des gens, ça se passe toujours au domicile des personnes. Dans leur environnement, donc ça leur laisse, ils sont...comment je vais dire ça...Si quand ils sont dans un cabinet médical avec un neurologue en face d'eux, c'est pas du tout rassurant, en fait. Alors que là ils sont chez eux, c'est à nous d'être vigilant, on rentre dans leur

intimité aussi, c'est à nous de nous adapter. Ce n'est pas à eux de s'adapter à l'environnement parce qu'ils sont dans leur environnement. Je pense que oui c'est essentiel. Et nous ça nous donne aussi, M. Graaf le dit aussi, ça donne une vision de l'environnement physique aussi, du lieu de vie. Si c'est sombre, s'il y a des marches, comment c'est organisé aussi voilà c'est essentiel....

### 3) Laissez-vous le choix ou imposez-vous une pièce qui vous semble plus propice/pratique?

Je laisse toujours le choix, même si c'est sur un canapé et que pour écrire je le fais sur mes genoux, si c'est le lieu où ils se sentent le mieux c'est là où je vais. Après j'essaie toujours de m'installer en face d'eux et puis je suis toujours vigilante à ce que je n'ai pas une personne à ma droite et une personne à ma gauche parce que sinon c'est un peu compliqué.

### 4) Pour vous quelle serait la manière idéale de réaliser un entretien ? (durée, nombre de séances, conditions,...)

Après la durée 1h ça me semble bien parce qu'après, il peut y avoir un peu de fatigabilité. Je me laisse toujours une petite marge aussi parce qu'il y a toujours beaucoup de choses qui se disent sur le pas de la porte au moment de se quitter donc il faut aussi être vigilant à avoir un petit laps de temps comme ça

### 5) Avez-vous eu des formations à l'entretien ? (durant la formation pédagogique, durant votre parcours professionnel, Autre...)

Non dans mon cursus, je suis trop vieille, donc on n'avait pas fait de formation à l'entretien. Pendant la formation de M. Graaf on a été un petit peu sensibilisé pour apprendre à utiliser l'OPHI-II et l'entretien ethnographique, et sinon nan je n'ai pas eu d'autres formations à l'entretien.

### 6) Combien de séances sont nécessaires à la réalisation des évaluations ? Vous me disiez 4 séances en tout c'est ça ?

Oui parce qu'il y a cette première visite qui ne compte pas, ça fait allez on va dire une 2<sup>ème</sup> séance d'entretien que avec la personne aidé, une séance qu'avec l'aidant, après une séance d'observation des 2 sur une AVQ, et la formulation des objectifs.

### 7) Quelles évaluations faites-vous passez à l'issue de ces entretiens ? Alors du coup ce sont les évaluations du programme COTID ?

Ouais mais pas que, parce qu'avec la personne aidée, on fait l'entretien OPHI-II, le MMSE qu'on nous demande de faire quand il n'a pas été fait avant, par une orthophoniste ou des fois je peux à avoir à récupérer un bilan, et puis la visite du logement. Qu'est-ce que je fais d'autre ? Je me base sur le BME, la partie fonctionnelle juste, les gestes fonctionnels et puis je regarde au niveau de la vue et de l'audition, l'équilibre aussi, rapidement, (vraiment très rapide quoi).

### L : Donc ça vous le faite en 1, 2, 3 et 4<sup>ème</sup> séance ?

Donc ça c'est sur le temps de rencontre de la personne aidée, donc ça va être la première séance, donc c'est vrai que là ça peut durer plus d'1h, ça peut aller jusqu'à 1h30. Après avec l'aidant il y a l'entretien ethnographique, et je leur fait remplir un mini zarit. Voilà, l'échelle ADL, IADL que je remplis aussi, mais c'est l'entretien ethnographique souvent qui me permet d'avoir les informations, et puis on a une fiche d'autorisation à faire signer à l'aidant aussi. Et puis après sur la troisième séance, c'est la mise en situation sur l'AVQ, donc là c'est les outils de COTID, et la formulation des objectifs c'est aussi les outils COTID.

### 8) L'aidant est-il présent lors de ces séances d'évaluations ?

L'aidant est là pour la première rencontre, et ensuite pour la 2<sup>ème</sup> séance (d'évaluation), et lors de la dernière séance d'évaluation de formulation des objectifs.

L : Et du coup l'aidant n'est pas forcément là durant les séances de réhabilitation...L'aidant pourra être présent durant les séances, selon les objectifs qui ont été fixés, dans le programme COTID l'aidant est complètement impliqué.

### 9) Avez-vous des objections, des remarques ? (A propos du sujet, de ce mémoire, Autres... Non, non c'est bien - Et concernant l'entretien ? Non, les questions sont pertinentes...c'est bien...

## Annexe V : Les guides utilisés par les ergothérapeutes durant l'entretien d'admission

### 1) GM1

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

#### Recueil initial

**Douleur :**  Oui  Non

Localisation :

Intensité :

Répercussions :

**Fatigue :**  Oui  Non

Heure de coucher :

Heure de levé :

Sieste :

#### Système visuel :

Déficience :  Oui  Non

Lunette :  Lentille :

#### Système auditif :

Déficience :  Surdité  Malentendant  RAS

Appareill  :  Oui  Non

#### Equilibre :

Pieds joints (O):

Pieds joints (F):

Mouvements d s quilibrants :

Poussée déséquilibrantes :

Equilibre unipodal :

Gauche :

Droit :

Marche :

**Chute :**  Oui  Non

Circonstances :

Conséquences :

#### Déplacements extérieurs :

Seul(e)  Accompagné(e)  Avec Aide Technique :

Canne  Déambulateur

Rollator  Fauteuil => Type :

Conduite auto :  Oui  Non

#### Déplacements intérieurs :

Sans AT  Appui sur le mobilier  Avec Aide Technique :

Canne  Déambulateur

Rollator     Fauteuil => Type :  
Chaussage adapté :  Oui     Non

**Mobilité des membres supérieurs et préhension :**

Main-bouche :  Oui     Non                      Main-front :  Oui     Non  
Main-tête :     Oui     Non                      Main-Dos :  Oui     Non  
Main-Genou    Oui     Non                      Main-Pied :  Oui     Non

**Intervenants :**

Infirmières :	Tâches :	Fréquence :
Aide à Do :	Tâches :	Fréquence :
Kinésithérapeute :	Tâches :	Fréquence :
Orthophoniste :	Tâches :	Fréquence :
Structure :	Lieu :	Fréquence :

**Social :**

Nombre de frère et sœur :  
Nombre d'enfants :  
Nombre de petits enfants :  
Amis/Voisins :  
Visite :

**Logement :**

Maison  Appartement

Etage :

Entrée du domicile :

Rampe d'escalier :

Nb de chambres :

**SDB :**

Douche     Baignoire  
 Chaise de douche             Barre d'appui                       Planche de bain                       Tapis antidérapant

**WC :**

Rehausseur             Barre d'appui

**Cuisine :**

Micro-ondes             Gaz

Tapis :  Oui     Non                      Lieu :

---

Commentaires :



2) GC1

DOSSIER DE SOINS EMA

Date 1<sup>er</sup> entretien :

Date début des soins:

Réalisé par :

Médecin prescripteur :

**DONNEES ADMINISTRATIVES**

**PATIENT**

NOM : ..... Prénom : .....

NOM de jeune fille : .....

Sexe : ..... Situation familiale : .....

Date et lieu naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

N° téléphone : .....

N° portable : .....

Profession antérieure : .....

Mesure de protection juridique : .....

**ENTOURAGE**

Personne vivant au foyer : .....

Nombre enfants : .....

Personnes à contacter : ..... Famille : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**REFERENTS**

Médecin généraliste : .....

.....

Médecin spécialiste : .....

.....

.....

Infirmière : .....

.....

.....

.....

Masseur-kinésithérapeute : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Orthophoniste : .....

Aide à domicile : .....

Fréquence /horaires : .....

Lundi .....

Mardi .....

Mercredi .....

Jeudi .....

Vendredi .....

Samedi .....

Dimanche .....

Référent social : .....

GIR : .....

Plan APA : .....

SSIAD : .....

Fréquence /horaires : .....

Lundi .....

Mardi .....

Mercredi .....

Jeudi .....

Vendredi .....

Samedi .....

Dimanche .....

Accueil séquentiel (accueil de jour, nuit, hébergement temporaire) : .....

Portage de repas : .....

Télésurveillance : .....

**DONNEES MEDICO SOCIALES**

CONNAISSANCE DU PATIENT

Diagnostic : Date :

Troubles depuis : .....

ATCD (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, rééducation) : .....

Traitement médicamenteux : .....

**HABITUDES DE VIE :**

Ressenti du patient sur sa pathologie : .....

.....  
.....

Informations sur les volontés du patient et de sa famille : .....

.....  
.....

Rythme individuel de vie : (horaires lever, coucher, temps de repos, toil/hab, repas) .....

.....  
.....  
.....

Goûts et centres d'intérêts (antérieur, actuel, souhaits d'activités, préférences act individuelle/act collective) : .....

.....  
.....  
.....

**AIDANT PRINCIPAL:**

Coordonnées : .....

.....

Lien de parenté : .....

Besoin de soutien : oui  non

.....

Informations sur la maladie :  oui  non

.....

Comportement adapté :  oui  non

.....

Autres : .....

.....

Echanges téléphoniques avec les différents professionnels intervenants:

Intervenant : .....

Date : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Echanges téléphoniques avec les différents professionnels intervenants:

Intervenant : .....

Date : .....

.....

.....

.....

.....

.....