

Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil

Université Paris Est Créteil



**Collaborer pour le maintien à domicile : Quand l'ergothérapeute
prend en compte l'environnement humain de la personne âgée
isolée, en perte d'autonomie**

Par

Pauline GUHENNEC

UE 6.5 S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche en vue de
l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

Sous la direction de Mme DECOUIS Alexia

Juin 2019

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, 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), **GUHENNEC Pauline**, étudiant(e) en 3ème 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.

Remerciements :

Mes remerciements s'adressent particulièrement :

A ma maître de mémoire, Mme DECOUIS, pour sa disponibilité, son investissement et son soutien tout au long de la rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche ;

A l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, et notamment Cynthia ENGELS, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de ces trois années d'étude ;

Aux ergothérapeutes, les responsables de secteur et les aidants professionnels qui ont accepté de participer à mon enquête ;

Merci à ma famille et mes proches, pour leurs encouragements et leur soutien durant mon cursus en ergothérapie ;

Merci à Simon.

« Chaque chose que vous faites à ma place, est une chose que vous m'enlevez »,
Maria Montessori (1870- 1952)

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION	1
PROBLEMATISATION	2
Situation d'appel	2
Phase exploratoire	3
PARTIE CONCEPTUELLE	5
I. Le modèle conceptuel PEOP (personne-environnement-occupation-performance).....	5
II. La personne âgée	7
1) Le vieillissement	7
2) Personne âgée : Une notion difficile à définir	8
3) L'isolement chez les personnes âgées.....	10
III. La perte d'autonomie : Impact sur les performances occupationnelles.....	12
1) L'occupation, l'activité et la tâche dans la vie quotidienne.....	12
2) « Faire seul » : Entre l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée	13
3) La performance occupationnelle dans le quotidien de la personne âgée	13
IV. L'environnement de la personne âgée isolée, perte d'autonomie	15
1) L'environnement physique : le domicile	15
2) L'environnement humain de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie : L'aidant professionnel.....	16
V. Le maintien à domicile des performances occupationnelles : un travail d'équipe	22
1) L'intervention de l'ergothérapeute au domicile.....	22
2) L'ergothérapeute au sein de services d'aide à domicile	22
3) La collaboration interprofessionnelle	23
4) La collaboration en ergothérapie.....	25
5) L'importance d'une approche « person-centered ».....	26
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. Méthodologie de recherche	29
1) Objectifs de l'enquête	29

2)	Population cible	30
3)	Outils d'investigation.....	31
4)	Recueil des données	32
5)	Méthodologie d'analyse des résultats	32
II.	Résultats et Analyses intra-thématiques	33
1)	Présentation générale des personnes interrogées	33
2)	L'accompagnement ergothérapeutique dans une structure d'aide à domicile	35
3)	La collaboration interprofessionnelle : l'ergothérapeute et l'aidant professionnel	41
4)	L'impact de la collaboration sur les performances occupationnelles de la personne âgée isolée	51
III.	Discussion.....	52
1)	Mise en lien des informations recueillies avec les données théoriques	52
2)	Retour sur l'hypothèse	54
3)	Intérêts et limites de l'enquête	57
	CONCLUSION.....	59
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61
	TABLES DES ANNEXES	I

INTRODUCTION

Le « Bien Vieillir » est une notion très présente dans un contexte de vieillissement croissant de la population française. En 2030, pour la première fois en France, les « plus de 65 ans » seront plus nombreux que les « moins de 20 ans » (INSEE, 2016). Pour les français, bien vieillir signifie d'abord, conserver une « bonne santé », mais également vieillir à domicile. En effet, selon l'enquête « Domicile & citoyen » (CSA, 2016), 83% des Français interrogés disent vouloir vieillir à leur domicile.

Cependant, la personne âgée vivant chez elle, rencontre au quotidien de nombreux obstacles, notamment lorsque celle-ci perd en indépendance et en autonomie. Ses habitudes de vie, ses activités sont bouleversées, elle ne satisfait plus ses besoins à la hauteur de ses attentes. C'est dans cette situation qu'interviennent les aidants professionnels, qui accompagnent la personne dans son quotidien pour satisfaire ses besoins essentiels qu'elle n'arrive plus à réaliser seule, grâce à une aide partielle ou totale. L'isolement est par ailleurs un autre facteur néfaste pour le maintien à domicile de la personne âgée. D'après l'association Les Petits Frères des Pauvres, en 2017, 300 000 personnes de plus de 60 ans ne rencontrent que très rarement d'autres personnes (réseau familial, amical, associatif, voisinage). L'aidant professionnel (agent et employé à domicile, AVS, AMP, AES)¹ est souvent une des seules personnes que la personne âgée isolée rencontre dans la semaine. Sa place dans l'environnement humain est fondamentale.

Au sein des services d'aide à domicile aussi appelés SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) ou SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile), l'ergothérapeute, spécialiste de l'occupation, va prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap que rencontre la personne au quotidien et lui permettre de retrouver un maximum d'indépendance et d'autonomie (ANFE, 2019). L'importance de la collaboration interprofessionnelle lors de l'intervention de l'ergothérapeute est mise en avant pour une meilleure cohérence des soins proposés à la personne. Mais cette collaboration est jalonnée de nombreux obstacles : turn-over et manque de formation des aidants professionnels, absence de réunion interprofessionnelle...

Ce mémoire sera divisé en deux parties, l'une conceptuelle et l'autre expérimentale. D'abord, je vais m'intéresser au modèle conceptuel qui m'a permis de structurer ce mémoire. Je vais aborder la notion de « personne âgée ». Puis, je traiterai de la perte d'autonomie s'accompagnant d'une diminution des performances occupationnelles de la personne et développerai les différents aspects de son environnement. Pour finir, j'aborderai l'intervention de l'ergothérapeute et sa collaboration interprofessionnelle au sein d'un service d'aide à domicile. Pour la partie expérimentale, je présenterai la méthodologie employée durant l'enquête, qui mènera à l'analyse des résultats obtenus. Enfin, une discussion sera exposée concernant les résultats avant de conclure.

¹ Auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, accompagnant éducatif et social

PROBLEMATISATION

Situation d'appel

Depuis deux ans je travaille en tant que saisonnière « agent à domicile » à l'ADMR (aide à domicile en milieu rural). Ma rencontre avec le public âgé a été pour moi très formateur, tant sur le plan personnel que pour ma future profession d'ergothérapeute. Tout d'abord, je me suis rendu compte que le public âgé m'intéressait, j'apprécie son contact, échanger avec lui afin de créer une relation de confiance. J'ai également eu l'occasion de rencontrer plusieurs auxiliaires de vie sociale qui exercent ce métier depuis une dizaine d'années et qui sont toujours aussi attachées aux personnes qu'elles rencontrent et qu'elles accompagnent au quotidien, dans de nombreuses activités de la vie quotidienne.

Je prépare des repas, fais les courses ou le ménage chez des personnes âgées isolées, sans visites régulières ni aidants familiaux, et pourtant en perte d'autonomie avec des troubles très divers : moteurs, mnésiques ainsi que des démences à un stade sévère. Ces personnes reçoivent notre visite deux à trois fois par jour. En plus d'un soutien du quotidien, les aidants professionnels apportent également un soutien psychologique important.

J'ai rencontré plusieurs difficultés durant ces expériences : transfert lit/fauteuil, fauteuil/WC, fausse route, entretien d'aides techniques... Parfois je trouvais mon accompagnement trop présent dans la réalisation des tâches quotidiennes ; la personne n'était plus actrice de ses occupations. Alors je me suis posée la question de la place que devait avoir l'aidant professionnel (agent et employé à domicile, AVS, AMP, AES) dans le quotidien de la personne pour un meilleur maintien de son autonomie et de son indépendance, tout en faisant face aux difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur profession : le stress, le manque de temps d'une part, ainsi que le domicile et les habitudes de vie de la personne, qu'on ne connaît pas, surtout au début de chaque accompagnement d'autre part.

Je me suis aperçue que l'environnement humain de la personne âgée était souvent pauvre : une famille éloignée géographiquement, ou peu présente, un voisinage inconnu, peu de relation amicale entretenue. J'ai rencontré des personnes âgées qui ne voyaient que moi dans leur journée. Nos échanges étaient donc précieux et je notais rigoureusement chacune des informations obtenues dans leur cahier de correspondances interprofessionnelles.

En deuxième année, j'ai réalisé un dossier sur un aménagement du domicile ; j'ai dû, à partir d'une étude de cas, proposer un logement adapté à une personne âgée en situation de handicap... Je me suis rendu compte qu'au travers de mon expérience d'agent à domicile, je pouvais donner des informations auxquelles on ne pense pas de prime abord en tant qu'ergothérapeute...

Ceci m'a posé question : **L'ergothérapeute a-t-il l'occasion de rencontrer des aidants professionnels à domicile lors de sa pratique ?**

J'ai également participé à la formation PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique) à l'IFE (institut de formation en ergothérapie), qui m'a sensibilisée aux techniques de manutention qui ne sont pas nécessairement mises en pratique par les aides à domicile, ce qui entraîne de nombreux accidents de travail. Les situations de travail dangereuses sont quotidiennes notamment le port de charge, qui provoque des douleurs dorsales courantes chez les aidants professionnels.

J'ai voulu rechercher : **Quelle est la nature de leurs échanges ? Quels sont leurs apports mutuels dans leur propre pratique ? Quels bénéfices la personne âgée retire-elle de ces échanges ?**

Phase exploratoire

Lors de mon premier stage de troisième année réalisé en cabinet libéral, j'ai eu l'occasion de participer à une présentation de différents prestataires de dispositifs médicaux et paramédicaux dans une résidence d'hébergement temporaire. J'ai participé à divers ateliers avec un groupe de professionnels de différents horizons (kinésithérapeute, AMP, aides-soignants, infirmiers). J'ai pu échanger avec eux et constater leurs nombreux questionnements à propos de l'usage des aides techniques destinées au domicile. Leur intérêt pour chaque aide technique était indéniable mais les difficultés qu'ils rencontrent également. Entre le positionnement des sangles, des pieds ou du levier pour le lève personne et les modes d'utilisations et de positionnement des aides au repas (verre à découpe nasale, couverts ergonomiques, rebords d'assiette) les informations à retenir étaient nombreuses.

Ces difficultés se répercutent par conséquent sur l'accompagnement des personnes âgées au domicile. Les fausses routes ne sont pas évitées si le verre à découpe nasale est mal positionné, ainsi que le danger permanent de glissements si les sangles du lève-personne ne sont pas correctement réglées.

J'ai également souhaité échanger avec des ergothérapeutes travaillant dans diverses structures collaborant régulièrement avec des aidants professionnels. J'ai organisé une rencontre auprès d'une ergothérapeute exerçant en EMSM (équipe mobile spécialisée mémoire) au sein d'un CCAS (centre communal d'action sociale). Elle a pu me définir son poste au sein de l'équipe et la relation professionnelle qu'elle entretient avec les aidants professionnels. Elle réalise dans un premier temps une évaluation du domicile avec l'infirmière coordinatrice du service de soins à domicile, analyse les besoins de la personne et de ses aidants : le plus souvent familiaux et lorsque l'aidant professionnel est présent également (mais cela reste exceptionnel). Elle programme ensuite les objectifs des séances, conduites par des assistantes de soins en gériatrie. A la fin des séances, l'ergothérapeute envisage la suite de l'accompagnement dans le bilan final et adresse ses recommandations au médecin prescripteur de la personne âgée. Les recommandations sont plus rarement transmises directement aux aidants

professionnels employés par la personne. Celles-ci sont également le plus souvent transmises à l'oral sous forme de rendez-vous téléphonique ou lors de l'entretien de fin de prise en charge, mais ces recommandations sont peu suivies du fait d'un turn-over des employés important dans la région.

Afin d'affiner mon projet de mémoire, j'ai réalisé une pré-enquête destinée aux responsables de secteur travaillant au sein d'établissement d'aide à domicile, et ainsi vérifier si le milieu de vie de la personne âgée, rural ou urbain, a une influence sur son accompagnement au domicile. Plus précisément, par cette enquête, je cherchais à savoir si le milieu influençait ou non le travail de l'aidant professionnel concernant sa formation initiale, et complémentaire, son expérience professionnelle, le turn-over, les difficultés rencontrées... J'ai obtenu 5 réponses qui n'ont pas révélé de différences notables. Je n'aurai donc pas à préciser de milieu de vie durant mon enquête.

De plus, je me suis aperçue que les professionnels couramment appelés « aides à domicile » avaient des formations particulièrement variées. Il n'existe pas un diplôme d'aidant professionnel. Me restreindre à un diplôme précis ne serait pas représentatif de l'ensemble des personnes exerçant au sein d'un même SPASAD, une même fonction. Dans ce mémoire, en tant qu'aidant professionnel, j'entends : les intervenants du quotidien que peuvent être les auxiliaires de vie sociale (AVS), les aides médico-psychologiques (AMP), les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et les professionnels non diplômés d'Etat mais exerçant des fonctions similaires : agents à domicile et employés à domicile.

A la suite de ces premières recherches, j'ai pu faire émerger ma problématique qui est la suivante :

En quoi la prise en compte de l'environnement humain par l'ergothérapeute a-t-elle un impact sur l'accompagnement au domicile de la personne âgée, isolée en perte d'autonomie ?

PARTIE CONCEPTUELLE

I. Le modèle conceptuel PEOP (personne-environnement-occupation-performance)

« *Un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (M-C Morel Bracq, 2017 p.2)

La prise en considération de l'interaction entre personne-occupation-environnement va être fondamentale dans la construction du cadre théorique de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Le modèle PEOP (personne-environnement-occupation-performance) basé sur le modèle écologique de Lawton (1986) considère que l'environnement façonne notre comportement et inversement. Il me paraît donc être le modèle conceptuel le plus pertinent pour la construction de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Il est créé par Christiansen C.H, et Baum C.M, en 1991 puis a été régulièrement révisé (1997, 2005, 2015). C'est un modèle élaboré par des ergothérapeutes. Il est écologique puisqu'il s'intéresse aux interactions entre la personne et ses occupations et son propre environnement quotidien. Il se veut également systémique car il permet d'avoir une vision holistique centrée sur la personne. Son approche est dite top-down car le résultat de l'intervention est la performance occupationnelle. Il rend compte de la manière dont les caractéristiques de la personne interagissent avec son environnement pour influencer ses performances occupationnelles. Il propose également un lien entre performance, participation sociale, qualité de vie et bien-être.

Ce modèle utilise les interactions entre les facteurs dits intrinsèques d'une personne (comme les facteurs psychologiques, physiologiques, cognitifs, spirituels et neurocomportementaux) et les facteurs environnementaux dits extrinsèques (soutien social, systèmes économiques, culture, environnement naturel) qui soutiennent ou dégradent la réalisation des activités, des tâches et des rôles.

Figure 1 : Illustration du PEOP (Christiansen, C.H & Baum, C.M, 2005)



Source : *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*, dirigé par Eric Trouvé, de Boeck sup (2016)

La personne est définie comme étant unique, avec ses capacités et incapacités. Elle a des connaissances, des compétences et des expériences personnelles. Le modèle va surtout se préoccuper des aspects cognitifs, psychologiques, physiologiques, sensoriels, moteurs et spirituels. (d'après Baum, Christiansen, & Bass, 2015, p.54).

Prenons l'exemple de Mme B, 83 ans, enseignante retraitée, veuve depuis 10 ans. Elle a 2 enfants qui vivent à plusieurs dizaines de kilomètres de chez elle. Elle a été victime il y a 5 ans d'un AVC sylvien droit séquelleaire : hémiparésie gauche, troubles sensitifs et praxiques.

L'environnement correspond au contexte dans lequel se déroule la performance occupationnelle, définit ci-dessous. Il possède des facilitateurs et des obstacles.

Lors de son séjour en SSR, un ergothérapeute a réalisé une visite à domicile et préconisé plusieurs aides techniques. Elle dispose aujourd'hui d'un cadre de WC, et d'une chaise de douche ; aucune aide au transfert n'est présente au domicile car jusqu'à présent, Mme n'en avait pas l'utilité.

Mme est isolée socialement : ses enfants habitent loin ; elle connaît peu son voisinage ; et possède peu d'amis à proximité de son domicile.

Un SPASAD intervient quotidiennement : une infirmière passe chaque matin pour la toilette et la prise du traitement médicamenteux. Un aidant professionnel est présent aussi plusieurs fois par semaine : au moment des repas trois fois par jour, trois heures de tâches ménagères, et de courses alimentaires.

L'occupation est définie comme l'ensemble des activités significatives pour la personne, autrement dit qui permet de satisfaire ses besoins, ses envies. Les routines occupationnelles ou habitudes de vie sont intéressantes à prendre en compte pour analyser le quotidien d'une personne, ainsi que les caractéristiques de la tâche : durée, étapes, complexité...

La réalisation de ces activités, parallèlement aux facteurs personnels et environnementaux, constitue la performance occupationnelle. Cette dernière se définit donc par un ensemble de paramètres : quand, quoi, où, et comment. Elle est optimale lorsque l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement est adaptée.

Mme B est autonome dans la prise des repas et est continent, mais éprouve des difficultés dans la réalisation des activités suivantes : toilette, habillage, courses, préparation des repas, gestion administrative et des tâches ménagères... Elle lit souvent, tricote l'hiver et regrette de ne plus pouvoir s'occuper de son jardin. Elle se déplace avec une canne tripode mais son périmètre de marche est très restreint et se dégrade d'année en année. Les transferts entraînent aujourd'hui fatigue et douleurs pour Mme B.

Dans ce modèle, la relation entre les professionnels et la personne est basée sur la relation de confiance. Le modèle PEOP place ainsi la personne au centre de l'accompagnement de l'ergothérapeute, en considérant ses occupations et son environnement matériel et humain. Ceci prend toute son importance lorsqu'elle est isolée, et en perte d'autonomie.

II. La personne âgée

1) Le vieillissement

Dans son Rapport mondial sur le vieillissement et la santé (p.29, 2016), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le vieillissement sur un plan biologique comme étant « *l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort* ».

Le processus de vieillissement est donc un processus biologique, indépendant de la volonté de l'Homme. Mais, vivre son vieillissement est pourtant dépendant de l'identité sociale que lui renvoie la société à son égard. L'individu âgé est parfois considéré comme étant fragile, déconnecté, pénible ou dépendant... Ce vocabulaire négatif entretient l'« agisme » (Bizzini, 2007) qui correspond à la discrimination d'une personne ou un groupe de personnes en raison de son âge.

Ces représentations ont un impact négatif sur les politiques publiques du vieillissement qui multiplient pourtant les plans nationaux à ce sujet : adaptation des logements, transports, alimentation (Trillard, A. (2012, p.19-25). Mais une nouvelle notion a émergé, le « bien vieillir ». Apparue en 2007, à l'occasion du plan « Bien vieillir », et poursuivie avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement (2015), l'objectif est de maintenir l'indépendance et l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, de favoriser la participation sociale et consolider les liens intergénérationnels.

2) Personne âgée : Une notion difficile à définir

Nombreuses sont les sources à ce sujet, mais il n'y a pas de définition « type ». La limite d'âge de départ à la retraite, est souvent utilisée pour définir une norme par définition. En effet, cela se confirme au travers du discours de Gorman (2000) : « *Dans les pays développés, on considère que la vieillesse commence dans de nombreux pays en développement au moment où la contribution active n'est plus possible* ». Mais également celui de l'OMS (2002) : « *En l'absence d'une définition acceptée et acceptable, l'âge auquel une personne est devenue éligible aux pensions de retraite légales et professionnelles est devenu la définition par défaut* ».

L'âge minimal de l'ouverture des droits à la retraite en France est l'âge à partir duquel il devient possible de percevoir une pension de retraite. Pour les régimes de base, il est fixé à 60 ans pour les personnes nées en 1950 ou avant. Actuellement, il est relevé à 62 ans pour les personnes nées après 1950, suite à la réforme des retraites de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010.

Dans d'autres cas, l'âge d'ouverture des droits peut être inférieur à 60 ans, sous certaines conditions liées aux dispositifs de retraite anticipée, à la durée de la carrière professionnelle, aux régimes spéciaux de salariés, le plus souvent liés à la pénibilité des métiers exercés.

Patrick Aubert, (Les âges de sortie d'activité, 2012, p. 79-83), évoque le fait que la législation française, portant sur divers régimes de retraite, fait référence à de multiples « *bornes d'âge* ». Il n'y a donc pas un seul, mais plusieurs « *âges légaux* » de départ à la retraite.

En France, les politiques de santé publique ne s'accordent pas non plus sur un âge précis pour verser les prestations qui concernent les personnes âgées. En effet, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet aux personnes âgées **de 60 ans et plus**, en situation de perte d'autonomie de prendre en charge une partie des dépenses liées au maintien à domicile. A l'aide de la grille AGGIR, différentes variables d'activités physiques et cognitives vont être évaluées, ainsi que l'isolement d'une personne à son domicile (Coutton V, 2001). Cette grille définit plusieurs degrés de perte d'autonomie, appelés « *groupes iso-ressources* » allant de GIR1 (perte d'autonomie importante) au GIR6 (perte d'autonomie relativement faible). Seules les personnes identifiées comme relevant du GIR 1 à 4 peuvent percevoir l'APA. Le GIR va aussi déterminer le montant de l'aide accordée.

Selon la DREES, dans son enquête Aides Sociales (2016 p.28), s'il est possible de bénéficier de l'APA à partir de 60 ans, seuls un peu plus de 10 % des bénéficiaires sont âgés de 60 à 74 ans. Les bénéficiaires âgés de 85 à 95 ans sont en majorité concernés soit plus de 50 % des bénéficiaires.

Mais d'autres aides sont mises en place pour le maintien de l'autonomie de la personne âgée. Avec la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 24, l'aide « *pour bien vieillir chez soi* », délivrée par le département, permet à « *toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes [peut bénéficier], soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement* ».

Enfin, depuis 2014, le dispositif PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) s'est déployé sur la France entière avec pour objectif de maintenir l'autonomie dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que cette dernière, âgée de **75 ans et plus**, reçoive un accompagnement adapté, « *par les bons professionnels, au bon moment, le tout au meilleur coût* » (solidarites-sante.gouv.fr, publié en 2017, consulté le 26/02/19)

Nous voyons ici que même au travers de ces aides sociales et programme national, le gouvernement ne s'accorde pas pour fixer des conditions d'âge identiques dans l'attribution des aides financières et sociales aux personnes âgées.

Le rapport Laroque (Laroque P. 1962), définit comme « personne âgée », les personnes de 65 ans et plus, cohérent avec l'espérance de vie moyenne de l'époque, qui était de 70.3 ans en moyenne. La notion de personne âgée pourrait donc être relative à l'espérance de vie à un temps donné dans la société.

Bourdelaïs s'interrogea à ce sujet : « *Serait-on vieux de plus en plus jeune alors que l'espérance de vie à la naissance a quasiment doublé depuis le début du XXe siècle ?* » (Bourdelaïs P. 1993 ; Ennuyer B. Dreyer P. 2007 p.12) puis il confirmera cette hypothèse en proposant de définir comme seuil d'entrée dans la vieillesse, « *l'âge précédent de cinq ans l'échéance de l'espérance de vie du moment* » (Bourdelaïs P. 1993 ; Ennuyer B. Dreyer P. 2007 p.12). L'espérance de vie des français (hommes et femmes) était 82,4 ans d'après les statistiques réalisées par l'INSEE en janvier 2018. Le seuil d'entrée dans la vieillesse serait donc proche de 77,4 ans aujourd'hui.

Outre l'**âge réel**, de l'état civil, on retrouve également dans différents articles, un **âge social** qui est celui que la société nous renvoie. Dans notre société, nos habitudes de consommation sont scrutées. Le marketing définit une tranche d'âge particulière pour la ménagère de plus de 50 ans, car les comportements de consommation changent (Antoine, J. 2003).

Selon l'OMS « *la perte des capacités habituellement associée au vieillissement n'est que faiblement liée à l'âge chronologique d'une personne. Il n'existe pas de âgée-type de la personne âgée* » (Rapport mondiale sur le vieillissement et la santé, p.6, 2016) ; « *Le rationnement des soins de santé fondé sur l'âge chronologique constitue tout simplement un exemple de discrimination envers les personnes âgées* » (p.120, 2016)

Ainsi, pouvons-nous réduire le passage entre l'âge adulte et la personne âgée à un âge donné ? Le vieillissement est, il est vrai, lié à la temporalité mais il n'est pas forcément le plus représentatif. L'**âge ressenti** par la personne n'est-il pas plus juste ? Il s'agit en effet de l'âge que la personne a l'impression d'avoir. Il dépend alors davantage du quotidien de la personne, ses capacités et incapacités, ses habitudes de vie, son environnement matériel et humain.

De plus, la notion de groupe « personne âgée » n'a pas de véritable sens puisque un groupe sous-entend une homogénéité qui les rassemble. On ne peut les rassembler par le parcours de vie, le genre, l'environnement social, économique et culturel, le lieu de résidence... Une limite d'âge paraît ainsi peu cohérente à établir en raison de la diversité des politiques de santé publique et des processus de vieillissement différents selon chacun.

Finalement les catégories d'âge sont d'usage dans les enquêtes et les rapports car elles permettent d'avoir un cadre défini pour raisonner dans la durée et elles correspondent à des dispositions juridiques. Pour bénéficier de l'intervention d'un SPASAD pour des soins infirmiers, il est nécessaire d'être âgé de plus de 60 ans ou être en situation de handicap. Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, je vais aborder la notion de « personne âgée » et utiliser les conditions d'intervention et les résultats d'enquêtes avec des tranches d'âge définies préalablement ; mais il est tout de même nécessaire au vu des éléments apportés de se questionner sur ces catégories d'âge.

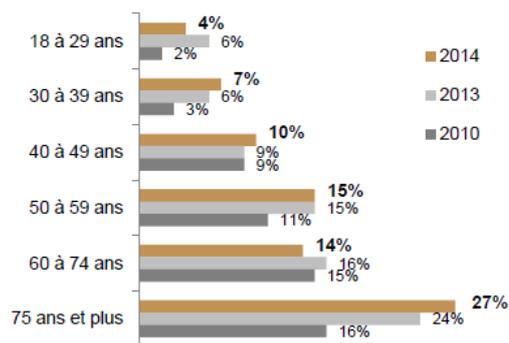
Revenons sur l'exemple de Mme B. Depuis son AVC, son quotidien est bouleversé par ses séquelles. Elle est moins indépendante et moins autonome dans ses activités, et cela a un impact sur son moral. Elle a l'impression de ne « servir à rien », d'être un fardeau... Ses incapacités quotidiennes sont d'autant plus difficiles à accepter avec l'isolement social qu'elle subit : éloignement géographique de ses enfants, impossibilité de rendre visite à ses amis, voisinage peu présent...

3) L'isolement chez les personnes âgées

L'isolement social est souvent associé à la solitude. Pourtant, il est nécessaire de distinguer ces deux concepts. En effet, « *vivre seul n'est pas forcément synonyme d'isolement relationnel et ce dernier ne se conjugue pas obligatoirement avec le sentiment de solitude. On peut être isolé sans souffrir de solitude ; on peut aussi être entouré et se sentir seul* » (Abidh L, 2003). En anglais on différencie d'ailleurs la notion « alone » qui signifie être seul physiquement et « lonely » qui définit la personne comme solitaire.

Pour Gierveld J. (1999), l'isolement social est défini selon le nombre de contacts qu'à un individu avec d'autres personnes. La solitude est le « *ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable de certaines relations* » ou bien ayant une qualité d'échanger dégradée (Gierveld J, 1984). Kaufmann J-C (1995) caractérise la pauvreté du réseau relationnel, au regard du nombre de contacts, leur densité, leur périodicité, et de leur qualité. Dans son rapport « les Solitudes en France » de 2014, la Fondation de France pointait la surreprésentation des personnes isolées chez les personnes de 75 ans et plus, soit 27 % des personnes de cette classe d'âge, contre près de 10 % sur l'ensemble de la population.

Graphique 1 : Proportion de personne en situation d'isolement selon l'âge



Source : Fondation de France, rapport « Les solitudes en France » (2014) - Echantillon : 4007 personnes représentatives de la population française de 18 ans et plus

Les raisons de cet isolement peuvent être : la maladie, le décès du conjoint, la perte du réseau d'amis, l'éloignement géographique de la famille ou l'absence de famille, la peur de devenir un fardeau, la peur de sortir et de tomber ou bien le périmètre de marche dégradé ...

L'origine de la solitude est dans 10 % des cas le handicap ou la perte d'autonomie, et ce d'autant plus, lorsque les personnes sont confrontées à la précarité et à la pauvreté (rapport « les Solitudes en France », 2014, la Fondation de France). Et inversement, pour une personne âgée le fait d'être isolée et de se sentir seule peut entraîner de lourdes conséquences comme : la hausse du stress et de l'anxiété, les troubles du sommeil, la dépression, la dégradation de son état physique, mental, qui augmentent le facteur de risque de perte d'autonomie.

L'objectif du rapport Laroque était de promouvoir l'intégration sociale des personnes âgées, lutter contre leur marginalisation à domicile et éviter leur entrée en institution. Les préconisations du rapport ont été un pilier dans la prévention, la promotion du vieillissement actif, et dans la participation sociale de la personne âgée. Ceci est d'autant plus d'actualité aujourd'hui.

Ainsi pour lutter contre l'isolement social, la participation sociale est essentielle. Elle se définit comme étant le fait d'être intégré dans un réseau social significatif et réciproque pour la personne. « *La participation sociale offre des possibilités de (re)donner du sens à sa vie, de développer des appartenances et d'exercer un rôle social dans une étape [la vieillesse] marquée par de nombreux changements et des pertes de différentes natures* » (Institut National du Québec, 2007 p.34).

L'isolement social a également un impact sur le maintien à domicile de la personne âgée, avec pour conséquence, on le disait plus haut, la perte d'autonomie. En effet, 47 % des personnes âgées seules, en perte d'autonomie (puisque bénéficiaire de l'APA) vivent en établissement contre 23 % parmi celles en couple (DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011 ; Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030, HCFEA, 2018 p.34).

Tableau 1 : Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, selon que l'individu est ou non en couple (2011)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Seul	54%	45%	47%
En couple	24%	23%	23%
Ensemble	41%	41%	41%

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011. Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

Le fait d'être en couple réduit donc de moitié la probabilité pour la personne âgée d'être institutionnalisée. De plus, la présence du conjoint n'est pas sans conséquences sur la survenue d'incapacités : soutien moral et affectif que le/la conjoint(e) apporte, contrôle des comportements à risques (alcool, tabac), des comportements alimentaires, incitation au suivi médical et le soutien financier . L'isolement de la personne âgée est une donnée essentielle à prendre en compte pour son maintien à domicile d'autant plus lorsqu'il est associé à la perte d'autonomie.

III. La perte d'autonomie : Impact sur les performances occupationnelles

1) L'occupation, l'activité et la tâche dans la vie quotidienne

Le CCTE fait la distinction entre ces concepts : « *une activité est une suite structurée de tâches qui concourent à une occupation* » (CCTE, 2008 ; Meyer S. 2013 p.14). On parle ici des activités comme : s'asseoir/se lever de son lit, faire sa toilette, s'habiller/se déshabiller, couper sa nourriture/se servir à boire, aller au WC... Mais également aux activités dites instrumentales de la vie quotidienne : préparer ses repas, faire des courses, le ménage, réaliser des démarches administratives, prendre ses traitements médicamenteux, utiliser un moyen de transport...

Les occupations sont classées en trois catégories : soins personnels, productivité et loisirs. (CCTE, 2008 ; Meyer S. 2013 p.16). Chez les 65 ans et plus, 17% ont des difficultés pour les soins personnels et 44% pour les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 30% et 65% des personnes (A. Désesquelles ; N. Brouard, p.201-227, 2003).

Les occupations sont le support de la participation sociale et de l'engagement de la personne, au travers de la réalisation de diverses activités, dans son environnement. Ce sont également des indicateurs de la qualité de vie de la personne et de son bien-être. Elles contribuent à construire sa propre identité, pour elle-même et pour les autres (Meyer S. 2013 p.50). On voit ici l'importance pour la personne âgée de conserver ses occupations pour le maintien de son autonomie et son indépendance au quotidien, notamment lorsque celle-ci est isolée.

2) « Faire seul » : Entre l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée

L'indépendance et l'autonomie sont couramment employées dans la langue française sans réelle distinction. Pourtant en ergothérapie, la différence entre ces deux notions est essentielle pour construire un diagnostic complet de la vie quotidienne de la personne.

Ainsi l'indépendance se définit comme étant « *Le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante* » et sans l'aide de tiers (CCTE, 2008 ; Meyer S. 2013 p.15). Selon Rogers (1982 ; Meyer S. 2013 p.117), « *l'autonomie est une condition pour l'indépendance car pour être indépendant, il faut à la fois des compétences pour agir et de l'autonomie pour juger de son indépendance* » (Meyer S, 2013 p.117).

Dans ce mémoire, je vais me pencher davantage sur la perte d'autonomie des personnes âgées. En effet, l'autonomie est « *la liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci* » (CCTE, 2008 ; Meyer S, 2013 p.14). Une personne autonome « *décide de ce qu'elle veut faire, agit de la manière dont elle veut le faire et interagit avec son environnement comme elle l'entend* » (Christiansen & Baum, 1997 ; Meyer S, 2013, p.118).

Avec l'avancée en âge, la perte de l'autonomie entraîne inévitablement une restriction des activités de vie quotidienne jusqu'à lors réalisées seules (Cavalli, Bickel et Lalive d'Epinay, 2002, p.137-151). Lorsqu'un aidant est présent pour accompagner à la réalisation des activités élémentaires, cela ne veut pas dire que la personne âgée doit nécessairement s'abandonner au bon vouloir de l'intervenant. « *L'autonomie est préservée lorsque la personne âgée décide qui fait, quand et comment l'assistance lui est fournie* » (Adant, 1995 ; Meyer S. 2013 p.118).

3) La performance occupationnelle dans le quotidien de la personne âgée

On parle de performance occupationnelle comme étant le « *choix, organisation et réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement* » (CCTE, 2008 p.16). Ainsi l'activité est un enchaînement stratégique d'étapes, tandis que la performance nous donne des informations sur comment la personne va procéder. L'activité peut être « *rapide ou lent[e], échouer une étape, ou la corriger, faire beaucoup d'efforts, réussir ou rater* » (Meyer S. 2013, p.74). Observer et analyser l'occupation qui englobe cette activité dans son contexte, nous informe sur la performance occupationnelle de la personne.

La performance occupationnelle est également associée à la notion d'engagement occupationnel que la personne consacre à la réalisation d'une activité, ou bien d'une occupation et la notion de forme

occupationnelle qui est l'« *ensemble des conditions environnementales et contextuelles, physiques et symboliques, qui concernent une occupation et qui préexistent* » (Nelson, 1988 ; Meyer S. 2013, p.73). L'occupation est donc analysée dans son ensemble.

Lorsque la personne est en perte d'autonomie, la performance occupationnelle est fragilisée. On comprend ici, l'importance d'accompagner la personne âgée dans la réalisation de ses activités, sans empiéter sur sa volonté de « faire » (Meyer, S. 2013).

Prenons Mme B : L'aménagement d'une chaise de douche dans la salle de bain correspond à ses besoins, la présence quotidienne de l'infirmière est adaptée, et son engagement dans la réalisation de sa toilette est plus qu'effective ; Mme B va choisir la manière de réaliser l'activité en fonction de ses habitudes de vie, de son environnement et de son engagement occupationnel. Elle sera donc performante dans la réalisation de cette occupation.

Nous voyons ici que les environnements physiques, sociaux et culturels influencent la performance occupationnelle. Ils sont facilitateurs ou obstacles à la réalisation des activités de la personne au quotidien. (Christiansen et al., 2005 ; Eric Trouvé, 2016 p.406)

IV. L'environnement de la personne âgée isolée, perte d'autonomie

Mme B souhaite rester chez elle le plus longtemps possible. C'est ici qu'elle a vécu avec son mari, vu ses enfants grandir, mais c'est aussi ici qu'il y a ses meubles de famille, ses souvenirs de vacances... Pour pallier ses difficultés, elle fait appel à un SPASAD. Avec les années, elle entretient une relation particulière avec son aidant professionnel. Fabienne travaille depuis 5 ans chez Mme B. Elle lui prépare ses repas midi et soir, et son plateau de petit déjeuner chaque matin. Elle fait le ménage et les courses, une fois par semaine. Fabienne est bien souvent la seule personne qui échange avec Mme B, hormis les infirmières, dans la journée.

D'après Law M. (1996), l'environnement est décomposé en trois catégories :

- L'environnement personnel correspond les personnes significatives en relation avec l'individu : *Ses enfants et Fabienne, l'aidant professionnel de Mme B.*
- L'environnement supra-personnel ou les caractéristiques des personnes évoluant à proximité de l'individu : *Les infirmières passant une fois par jour chez Mme B.*
- L'environnement physique équivaut aux aspects de l'environnement qui ne sont ni d'ordre personnel ni d'ordre social : *Le domicile adapté de Mme B.*

Selon Eric Trouvé (2016, p. 222), l'inadaptation entre l'environnement et la personne entraîne « des désordres » chez cette dernière car l'environnement est selon lui, « le support de l'occupation ». Il est donc bien un déterminant de la performance occupationnelle des individus devant être pris en compte pour une approche systémique de la personne.

1) L'environnement physique : le domicile

L'importance du chez soi et l'impact de ses nouveaux obstacles :

« Dans son domicile, l'habitant a le sentiment d'être souverain, d'exercer un droit d'usage sur un territoire qui lui est propre ». Il est « le repère principal de son [habitant] identité sociale » (Serfaty-Garzon P. 2003, p. 64 ; djaoui, 2006, p.8). Par ailleurs, E. Djaoui explique que pour se sentir « chez soi », le domicile de la personne doit être un « espace psychique » où peut s'exprimer la personne en toute liberté et sécurité.

Au quotidien, même les plus petites inadaptations peuvent avoir des conséquences sur les habitudes de vie de la personne âgée en perte d'autonomie et isolée. La participation sociale, l'engagement et donc la performance occupationnelle en sont impactés également du fait d'une accessibilité à la douche rendue impossible, d'obstacles dans le salon qui ne l'étaient pas auparavant, ou bien d'amplitudes articulaires réduites, ne permettant plus l'accès au sol à certains objets.

« La santé et le bien-être sont intimement liés à la capacité d'une personne de participer aux occupations de la vie ». (Trouvé E, 2009 p.26). Une modification ou une interruption des habitudes de vie peut avoir des conséquences sur l'autonomie de la personne et donc fragiliser son maintien à domicile.

Le maintien à domicile, un enjeu de santé publique

Maintenir, c'est « Faire rester quelqu'un, quelque chose dans une position, une situation données. » (CNRTL, consulté le 27/03/2019). Cette définition nous montre qu'il est important de conserver les occupations de la personne dans une situation donnée qui est de rester chez soi.

Selon la DREES en 2015, la France métropolitaine compterait entre 0,4 et 1,5 millions de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Il faut aussi prendre en compte le fait que ce soit une réelle volonté de leur part : 83% des Français interrogés lors de l'enquête « Domicile et Citoyen » disent vouloir vieillir chez eux, à domicile (CSA, 2016). Poursuivre cet objectif de maintien à domicile est donc bien aujourd'hui un enjeu de santé publique.

C'est à partir de 1962, avec le rapport Laroque, que le gouvernement va s'éloigner progressivement de l'institutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées, et encourager le maintien à domicile, avec le développement notamment des accompagnements sanitaires et sociales. A la suite de ce rapport, nombreux ont été les plans, programmes, lois et autres dispositifs, mis en place toujours pour que les personnes âgées puissent « *bien vieillir* »² chez elles. Le vieillissement à domicile doit être réfléchi en traitant la question du domicile comme un système à part entière, en intégrant cette fois-ci la personne, son environnement matériel et l'ensemble des professionnels opérant autour de celle-ci.

- 2) L'environnement humain de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie : L'aidant professionnel

Les aidants de la personne âgée :

Au domicile, nous pouvons considérer deux aidants présents pour accompagner la personne âgée en perte d'autonomie, dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne : les aidants familiaux, et les intervenants de l'aide à domicile.

² www.pourbienvieillir.fr

Selon l'article R245-7 du Code de l'action sociale et des familles, "*Est considéré comme un aidant familial, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine et qui n'est pas salarié pour cette aide*". Lorsque la personne âgée est isolée, les aidants familiaux potentiels sont peu présents. L'aidant professionnel est donc un environnement humain solide pour la personne (Valarcher-Labarre, C. 2014).

Le terme d'aidant professionnel n'est pas inscrit dans la législation pour définir une profession en particulier. Nous pouvons donc penser que l'ergothérapeute est également un aidant professionnel. Mais existe-t-il un statut juridique unique pour les employés de services d'aide à domicile ?

Le secteur médico-social gérontologique à domicile:

Nous pouvons séparer le secteur de la gérontologie selon les besoins d'ordre social ou sanitaire. Concernant les services d'aides et de soins à domicile, trois services sont répartis sur le territoire français :

- Les Services à la personne (SAP), définis dans le code du travail (Art. L. 7232-1) ; les travailleurs exercent en tant que mandataire ; Les particuliers qui ont recours à leurs services sont donc les employeurs ;
- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sont des organismes privés ou publics qui interviennent en tant que prestataires, pour des actes essentiels de la vie quotidienne;
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont des services médico-sociaux ; Ils réalisent des prestations de soins au domicile ;
- Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) mis en place en 2005 suite au décret n° 2004-613 en 2004 puis révisé en 2015, avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ; Ils regroupent des services qui assurent à la fois les missions du SSIAD et du SAAD.

Conformément aux dispositions de l'article L. 312-1 I paragraphe 6°, du code de l'action sociale et des familles, les services d'aide et d'accompagnement à domicile concourent notamment :

- « 1) Au soutien à domicile ;
- 2) A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne
- 3) Au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. » (Legifrance)

Les professionnels de l'aide à domicile :

Au sein des SAAD et des SPASAD, les professionnels intervenant au domicile sont nombreux et divers du fait de leur formation et de leurs fonctions (Ennuyer B. 2003).

Pour ce qui est de leur statut juridique, la complexité et le chevauchement des textes relatifs à leur profession est indéniable. En effet, les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du paragraphe 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, sont définis comme des « établissements et [...] services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ». Au sein de ces services, les dits « intervenants » sont :

- soit titulaires d'une certification (diplôme ou titre), au minimum de niveau V, ou certificat de qualification professionnelle inscrit au répertoire national des certifications professionnelles attestant de compétences dans le secteur sanitaire médico-social, social ;
- soit disposent d'une expérience professionnelle de trois ans dans le domaine sanitaire, médico-social ou social ;
- soit bénéficient d'une formation diplômante ou au minimum d'une formation d'adaptation à l'emploi dans les six mois suivant l'embauche ;
- soit bénéficient d'une formation en alternance, ou ont suivi une formation qualifiante dans le domaine sanitaire médico-social ou social.

Les certifications professionnelles des services à la personne de niveau V sont, selon le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP), les suivantes :

CAP Assistant(e) technique en milieu familial et collectif	Assistant(e) de vie dépendance
CAP Accompagnant éducatif petite enfance (CAP AEPE)	Assistant maternel / Garde d'enfants
CAPA Option services aux personnes et vente en milieu rural	Employé familial
Diplôme d'État Assistant(e) familial(e) (DEAF)	Diplôme d'État Accompagnant éducatif et social (DEAES)
Titre professionnel Agent(e) de propreté et d'hygiène	Mention complémentaire Aide à domicile (CMCAD)
Titre professionnel Assistant(e) de vie aux familles (ADVF) réactualisé juillet 2016	Surveillant(e) – visiteur(e) de nuit en secteur social et médico-social
Agent d'accompagnement auprès des personnes âgées et des personnes dépendantes (AAPAPD)	BEP Accompagnements, soins et services à la personne
Auxiliaire de gérontologie	BEPA Spécialité "services aux personnes"
	Conducteur accompagnateur de personnes à mobilité réduite

L'UNA (union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles) différencie quatre métiers de l'aide à domicile :

Tableau 2 : Les métiers de l'aide à domicile

	Agent à domicile	Employé à domicile
Missions :	Aider à la réalisation ou réaliser l'entretien courant de la maison : entretien du logement, des vêtements, du linge. Assister la personne aidée dans des démarches administratives simples (ex : lecture du courrier).	Aider à la réalisation ou réaliser l'entretien courant de la maison : entretien du logement, des vêtements, du linge. Aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne : apporter une aide à la réalisation des achats alimentaires ainsi qu'à la préparation des repas. Accompagner la personne aidée dans ses sorties : visite médicale par exemple. Assister la personne aidée dans des démarches administratives.
Formations :	Aucun diplôme n'est requis pour occuper cet emploi.	Certification professionnelles des services à la personne de niveau V minimum
	Aide médico-psychologique	Auxiliaire de vie
Missions :	Accompagner et réaliser auprès des personnes les actes essentiels de la vie quotidienne : soins d'hygiène, de confort, activités motrices. Accompagner et encourager les personnes âgées dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Participer à la prévention et à la sécurité de la personne.	Accompagner et aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne : se lever, s'habiller, s'alimenter, se laver. Accompagner et aider dans les tâches de la vie quotidienne : Réalisation des courses ; Elaboration des repas ; Entretien du linge ; Entretien du logement. Accompagner et aider dans les activités de la vie sociale et relationnelle : sorties, loisirs, démarches administratives.
Formations :	diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP, anciennement certificat d'aptitude à la fonction d'aide médico-psychologique)	Le DEAVS (Diplôme d'Etat Auxiliaire de Vie Sociale) Anciennement le CAFAD (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile) La MCAD (Mention Complémentaire Aide à domicile) Diplôme d'Etat de TISF (technicienne d'intervention sociale et familiale) qui justifie d'une expérience professionnelle dans un emploi d'intervention à domicile d'au moins six mois.

Source : <http://www.una.fr/3847-S/les-metiers.html> ; consulté le 09/05/2019

De plus, le métier d'accompagnant éducatif et social (AES) est apparu suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Depuis 2016, le diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES) est un diplôme de niveau V (CAP – BEP) qui fusionne deux anciens diplômes d'Etat : Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) et Aide Médico-Psychologique (DEAMP). La formation est composée d'un tronc commun et de trois spécialités : accompagnement de la vie à domicile, accompagnement de la vie en structure collective ou accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire.

En 2009, selon l'enquête « Panel de branche », 48% des salariés de l'aide à domicile ne détiennent aucun diplôme de la branche des services à la personne. Ne prendre en compte dans ce mémoire qu'un diplôme en particulier, ne reflèterait pas la réalité du métier.

Dans les sources bibliographiques suivantes, le terme d' « aidant professionnel » est utilisé pour désigner l'ensemble des professionnels du secteur de l'aide à domicile :

- Trouvé E. (2016). Agir sur l'environnement pour permettre les activités, ed. DeBoeck
- Bressé, S. (2003). L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées. *Retraite et société*, n° 39(2), p.119-143.
- Jaeger, M. (2012). Le continuum aidants informels– aidants professionnels. *Vie sociale*, 4(4), p. 97-110.
- Inserm (dir.). Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2007, XV - 654 p.
- Esbens C., Le Pironnec J. et Vasse Y-M, dans l'article « Favoriser l'occupation au domicile : la nécessaire collaboration avec les aidants professionnels », publié dans la revue Ergothérapie N°70, 2018
- Le rapport « vivre chez soi » (Franco A, 2010)

Ainsi par consensus, dans la suite de cet écrit, je fais également le choix d'utiliser la notion d' « aidant professionnel » pour désigner les salariés de services d'aide à domicile (SAAD et SPASAD).

Quels sont leurs rôles ?

L'aidant professionnel doit respecter sa posture professionnelle au domicile de la personne âgée en proposant son aide et non pas « faire à la place de » la personne afin de maintenir son autonomie et son indépendance au quotidien. Il doit également, selon B. Ennuyer (2016 p.223), respecter et comprendre le quotidien de la personne, et son environnement matériel, afin de conserver ses performances occupationnelles.

L'isolement de la personne âgée est un facteur qui est également à prendre en compte. L'aidant professionnel a ici un rôle social majeur dans la relation professionnelle qu'il entretient avec la personne. Il connaît ses besoins, ses habitudes de vie, ses capacités et incapacités, ses modes de communications, lorsque la personne est satisfaite ou non (Valarcher-Labarre, C. 2014, p.67-72).

Quelles sont leurs difficultés dans l'exercice de leur travail ?

L'aidant professionnel souffre d'un déficit de reconnaissance sociale. Les représentations sociétales du métier sont très éloignées de la réalité. L'aidant professionnel à domicile est le plus souvent assimilé à la réalisation de tâches ménagères. Il est pourtant amené à rencontrer des situations parfois complexes, auprès de populations fragilisées : perte d'autonomie, pathologies chroniques, incuries, démences...

De plus, le secteur de l'aide à domicile a un des taux de sinistralité les plus élevés, avec 97,2 accidents du travail pour 1000 salariés en 2017, soit presque deux fois plus qu'en EHPAD où ce taux est de 52,8 et à titre comparatif, le taux est de 56,8 pour 1000 salariés dans le secteur du bâtiment. (bilan 2017 des AT-MP, de l'assurance maladie)

Le rapport Labazée (2017 p.41) évoque également la pénibilité du travail des aidants professionnels : « *Les interventions, parfois minutées au quart d'heure dans les plans d'aide, intensifient le rythme de travail, ce qui peut être générateur de stress pour les salariés. Le temps de travail couvre souvent une large amplitude horaire, avec une concentration des interventions sur des plages horaires spécifiques : tôt le matin, le midi et le soir* ». La faible rémunération des salariés et le travail en temps partiel imposé constituent également un facteur majeur du manque d'attractivité de la profession (Devetter, F ; Messaoudi, D. 2013, p. 51-76).

Les « *gestes techniques à réaliser lors des interventions sont [...] facteur de contraintes physiques pour les intervenants* » (rapport Labazée, 2017 p.41), ainsi que la charge mentale importante des aidants professionnels : ports de charges lourdes, gestes répétitifs, torsions des articulations, gestes minutieux, transferts de personnes âgées fragiles (Devetter, F ; Messaoudi, D. 2013, p. 51-76). Lorsque ces difficultés deviennent récurrentes, l'aidant professionnel a dans certains services type SAAD, SPASAD, la possibilité de faire appel à l'ergothérapeute.

V. Le maintien à domicile des performances occupationnelles : un travail d'équipe

1) L'intervention de l'ergothérapeute au domicile

L'Organisation Mondiale de la Santé dans son Rapport mondial sur le vieillissement et la santé (2016), indique l'importance d'intégrer la qualité de vie et les habitudes de vie de la personne dans une démarche de santé publique, en lien avec l'entourage et l'environnement matériel et humain.

L'objectif de l'ergothérapeute est de « *maintenir, restaurer et permettre les activités de la vie quotidienne de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement* ». (ANFE, 2019)

Dans le modèle PEOP (personne, environnement, occupation, performance), l'ergothérapeute place au centre de son intervention, la performance occupationnelle et prend en compte cette interaction : la personne, ses occupations, dans son environnement et la performance qui en résulte. (CCTE, 2005 ; Meyer S. 2014).

L'ergothérapeute va ainsi évaluer les habitudes de vie de la personne, les risques du domicile liés aux capacités et aux limitations d'activités de la personne, et les aides humaines et techniques déjà mises en place. Son intervention se base sur le respect des habitudes de vie et des choix de la personne, tout en favorisant le confort et la sécurité au domicile. Grâce à son analyse de la situation, l'ergothérapeute va entre-autres, adapter l'environnement, pour maintenir l'indépendance, l'autonomie et soutenir la performance occupationnelle de la personne.

2) L'ergothérapeute au sein de services d'aide à domicile

L'ergothérapeute en service d'aide à domicile n'intervient pas sur prescription médicale. Conformément aux dispositions des paragraphes 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, au sein des services d'aide et d'accompagnement à domicile, la personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8, et notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions de l'ergothérapeute par exemple. L'ergothérapeute, au sein de structures d'aide à domicile, intervient chez la personne âgée, lorsque celle-ci rencontrent des obstacles pour le maintien de son autonomie. Ces informations sont transmises par les aidants professionnels qui travaillent au quotidien chez la personne.

Il va donc évaluer les besoins de la personne et les difficultés rencontrées par l'aidant professionnel notamment au travers de mises en situation. Il va ensuite, préconiser des modifications de l'environnement, informer sur les aides techniques possibles, aider au choix de mobiliers adaptés, et

former les aidants professionnels quant à leur utilisation. Il va également les informer sur le savoir-être vis-à-vis de la personne âgée en montrant aux aidants professionnels que la personne est capable de « faire » et de l'importance de conserver ses habitudes de vie dans son quotidien. (Trouvé E. 2016, p.225). Ceci ayant pour objectif de favoriser le maintien des occupations de la personne âgée, en perte d'autonomie, isolée au domicile et d'améliorer la pratique des professionnels y intervenant (Gitlin et al, 2001 ; Trouvé E. 2016 p.225).

L'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au diplôme d'état d'ergothérapie définit l'ergothérapeute tel un professionnel de santé exerçant aussi bien dans le secteur sanitaire que social. Il s'agit donc d'un professionnel pouvant faire du lien entre ces deux domaines. En SPASAD, c'est justement l'apport de l'aide sociale et du soin qui permet la collaboration interprofessionnelle pour un accompagnement cohérent, centré sur la personne.

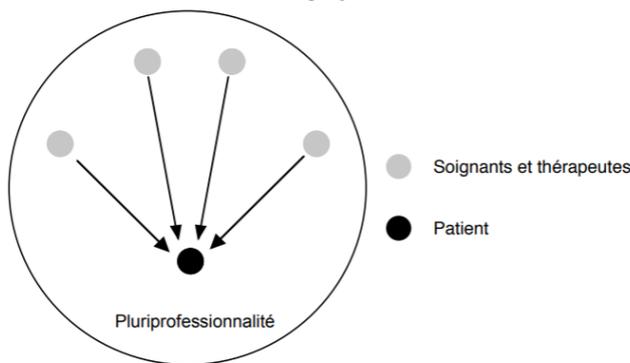
Fabienne a remarqué depuis quelques temps que Mme B avait de plus en plus de difficultés à se déplacer, à se lever seule de son lit le matin. Mme B dit aussi avoir peur de tomber la nuit, lorsqu'elle doit aller aux WC. Fabienne a connaissance qu'une ergothérapeute travaille au sein du SPASAD et en parle à son responsable de secteur.

3) La collaboration interprofessionnelle

Rappelons que la relation présente ici inclut trois acteurs principaux : le patient, l'aidant professionnel et l'ergothérapeute. La Haute Autorité de Santé (2015), à de nombreuses reprises, a exprimé les spécificités de l'accompagnement des personnes âgées à domicile du fait de leur polyopathie et l'importance de « sensibiliser les professionnels aux pratiques collaboratives autour de la qualité et de la sécurité des soins » (Groupe de travail HAS, Programme PACTE, 2014). L'organisation des soins est complexe en raison du nombre de professionnels intervenants auprès d'eux, et donc influe sur la pratique des professionnels de santé individuellement.

« La pluri professionnalité garantit l'identité professionnelle car elle cloisonne, protège chacune d'elle. Chacun garde sa spécificité, ses caractéristiques [...] » (Guihard J-P, interprofessionnalité ou interprovidence, 1999). Au sein de services d'aide et de soins à domicile, cette pratique n'est pas compatible avec un accompagnement global et holistique de la personne. En effet, « Cette absence de liens induit une difficulté à pouvoir mettre en place ses actions thérapeutiques efficaces, chacun mettant en place ces propres stratégies parallèles et propriétaires ». (Guihard J-P, 1999)

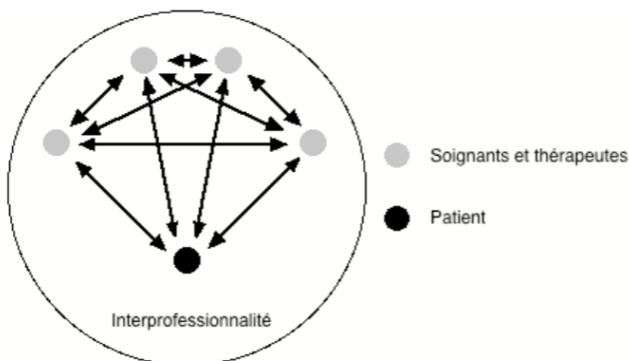
Figure 2 : Pluridisciplinarité



Source : *Interprofessionnalité ou interprovidence*, Guihard, J-P, 1999

Contrairement à la pluriprofessionnalité, « *L'interprofessionnalité dans la santé, suppose des ponts entre les différents intervenants d'une équipe de soins, [...] en intégrant le patient dans l'ensemble dont il fait partie, [et] en tenant compte de son environnement.* » (Dubois B. *Le réseau, au risque de l'interprofessionnalité*, 2004)

Figure 3 : Interprofessionnalité



Source : *Interprofessionnalité ou interprovidence*, Guihard, J-P, 1999

Le lien entre les différents acteurs est fondamental pour des interventions cohérentes auprès de la personne. Mais entre la collaboration, la coopération ou bien la coordination, la relation interprofessionnelle est complexe à définir.

Nombreux sont les termes permettant de la qualifier. Pourtant « *la concertation et la coordination ne peuvent se faire sans une étroite collaboration entre les acteurs* » (Friedberg, 1993) notamment dans le contexte spécifique des services d'aides et de soins à domicile. Selon D'Amour, la collaboration interprofessionnelle est : « *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* » (D'amour D. 1997, p.3).

« Les principaux déterminants de la collaboration étaient alors et sont toujours de deux ordres soit les déterminants interactionnels et les déterminants structuraux et organisationnels ». (D'amour D. 1997 p.25). Mais celle-ci rencontre de nombreux obstacles : identification d'un langage commun, résolution de conflits...

Selon Catherine Vallée (2009, p.39), la collaboration dynamique est la clé pour favoriser la prise de conscience de l'importance des échanges au sein d'une équipe et de leur impact sur leur propre pratique professionnelle prenant en compte :

- L'implication continue et l'interdépendance des nombreux acteurs
- Une intensité des liens : rencontres et communication régulières
- Des professionnels « *crédibles et compétents* »
- Des objectifs d'amélioration perceptibles.

La nécessité de mieux prendre en considération l'importance de la collaboration permet une approche davantage systémique, concertée et cohérente des situations, ce qui importe particulièrement pour les personnes âgées, qui rencontrent souvent plusieurs professionnels par semaine.

4) La collaboration en ergothérapie

Selon le référentiel de compétences, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, la compétence 9 est « *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* » (Annexe I). L'ergothérapeute va donc travailler en réseau et en équipe afin de coordonner les actions avec les autres professionnels intervenant dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention adaptés aux besoins de la personne. En effet, le référentiel d'activité de l'ergothérapeute compte deux activités en lien avec la compétence 9 du référentiel de compétences :

- Activité 6 : « *Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information* » (Annexe II)
- Activité 9 : « *Formation et information des professionnels et des futurs professionnels* » (Annexe II)

Au sein d'un service d'aide à domicile, le positionnement de l'ergothérapeute est essentiel. Il doit être « *à l'écoute, compréhensif et sans jugement face aux aidants professionnels et se positionner en tant que défenseurs des besoins de la personne n'est pas la solution* ». (art p.7-14, Ergothérapies n°70, 2018). Mais la collaboration s'établit non sans difficultés : de la demande d'intervention aux outils de communication en passant par les lieux et fréquences d'échange.

Graphique 2 : Relations avec les autres professionnels intervenant auprès des personnes malades. Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes (en % d'ergothérapeutes ayant répondu à cette question)



Source : Enquête Fondation Médéric Alzheimer, 2010 ; La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la Maladie d'Alzheimer : Ergothérapeutes et maladie d'Alzheimer, n°19, 2011, p.7

L'organisation d'un accompagnement cohérent pourrait pourtant rendre la personne actrice de son projet de vie au domicile.

Suite à la demande du responsable de secteur, Margaux ergothérapeute au sein du SPASAD depuis 3 ans prend rendez-vous avec Fabienne pour organiser une rencontre au domicile de Mme B. Margaux évalue la situation dans son ensemble grâce aux informations que Fabienne lui apporte mais surtout grâce à l'entretien avec Mme B. Cet accompagnement va permettre de trouver ensemble, des solutions adaptées à ses besoins, tout en prenant en compte ses habitudes de vie et l'intervention de Fabienne.

5) L'importance d'une approche « person-centered »

« La personne est au centre de la collaboration puisqu'ils constituent la raison principale à la base de l'interdépendance des professionnels. Les patients sont en même temps des membres actifs de l'équipe et les bénéficiaires des soins de l'équipe » (Kosremelli Asmar M., Wacheux F, 2007 p.12).

D'un point de vue législatif, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative au secteur social et médico-social a pour objectif de mettre la personne au centre du dispositif d'accompagnement, et fixe 3 grands principes qui sont (Fricotte, 2010, p.125):

- L'égalité dignité et le respect de tous les êtres humains ;
- L'apport d'une réponse adaptée aux besoins de l'individu ;
- La garantie d'un accès équitable au service social et médico-social pour l'ensemble du territoire,

La notion de « *person-centered* » (Carl Rogers, 1951) ou « *approche centrée sur la personne* », permet aux professionnels de répondre aux besoins propres de la personne, et ainsi passer d'un modèle interventionniste à un modèle d'accompagnement. La pratique de l'ergothérapie est dite « *centrée sur le client* ». Le terme « client » est couramment utilisé dans la littérature anglophone, notamment au Canada. Selon l'ACE (2002b, p.56) « *La pratique centrée sur le client fait appel à des approches fondées sur la collaboration qui visent la promotion de l'occupation du client [...].* ».

« L'aidant professionnel, expert du quotidien, et l'ergothérapeute, expert de l'occupation, devront partager pour que le projet de vie de la personne âgée accompagnée, experte de son propre quotidien, soit respecté au mieux » (art p.7-14, ergothérapie n°70, 2018).

Le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie est aujourd'hui un enjeu de santé publique. L'ergothérapeute est un professionnel qui a toute sa place dans la mise en place de stratégies afin que la personne conserve son autonomie au quotidien. Lorsque l'autonomie de la personne est perturbée, l'ergothérapeute va agir sur son environnement. Ce travail de recherche tente de répondre à la problématique suivante :

En quoi la prise en compte de l'environnement humain par l'ergothérapeute a-t-elle un impact sur l'accompagnement au domicile de la personne âgée isolée en perte d'autonomie ?

Comme nous avons pu le voir précédemment, le maintien des occupations est essentiel au domicile. Lorsque la personne âgée est isolée, l'aidant professionnel est parfois l'unique environnement humain présent au quotidien.

Pour répondre à la problématique de ce travail de recherche, j'émetts l'hypothèse suivante :

La collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel permet le maintien des performances occupationnelles au domicile de la personne âgée isolée.

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Méthodologie de recherche

Afin de confirmer ou réfuter cette hypothèse, je vais définir les modalités de mon enquête. Je vais commencer par définir les objectifs de celle-ci, la population cible puis détailler mon outil d'investigation. Ensuite, je vais exposer mes résultats et présenter leurs analyses. Enfin, cette enquête sera discutée, en exposant ses limites et ses intérêts.

1) Objectifs de l'enquête

Déterminer les contextes de collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel au sein d'une structure d'aide et de soins à domicile (SAAD/SPASAD)

Critères d'évaluation :

- Définition de la collaboration interprofessionnelle
- Espaces de rencontres, d'interactions et leurs fréquences
- Lieux de collaboration et leurs fréquences
- Expression des facilitateurs et des obstacles à cette collaboration interprofessionnelle
- Expression des difficultés ressenties et rencontrées
- Expression des apports de la collaboration dans leur pratique professionnelle respective
- Expression des besoins pour optimiser cette collaboration
- Expression de l'impact de la collaboration sur l'évaluation ergothérapique, sur la rédaction du diagnostic ergothérapique et de la mise en place d'un plan d'intervention pour une approche centrée sur la personne
- Expression de l'impact de la collaboration sur la pratique des aidants professionnels : utilisation des aides techniques, transferts, déplacements, risques professionnels
- Outils de communication utilisés pour collaborer

Vérifier l'impact de la collaboration dans le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée

Critères d'évaluation :

- Expression du maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée suite à la collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel
- Importance de la place de l'aidant professionnel dans la prise en compte de l'isolement de la personne âgée par l'ergothérapeute

- Impact sur sa capacité de prévoir et de choisir, accepter ou refuser en fonction de son jugement
- Impact sur la réalisation de ses activités en autonomie et avec l'accompagnement de l'aidant professionnel
- Impact de cette collaboration sur la participation sociale de la personne, pouvoir interagir avec son environnement

2) Population cible

Au vu de ces objectifs d'enquête, je vais interroger un échantillon non représentatif mais caractéristique des populations cibles de mon mémoire d'initiation à la recherche, qui sont : Les aidants professionnels et les ergothérapeutes travaillant ensemble au sein d'une structure d'aide et de soins à domicile (SAAD, SPASAD).

Afin de constituer un échantillon d'enquête cohérent avec les objectifs, j'ai identifié des critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible :

Aidant professionnel	
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels reliés à une structure d'aide à domicile (SAAD/SPASAD) • Diplômés des formations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliaire de vie AVS - Accompagnateur éducatif et social AES - Aide médico-psychologique AMP • Agent à domicile • Employé à domicile • Intervenant ou ayant intervenu auprès de personnes âgées isolées, en perte d'autonomie, quelles que soient leurs pathologies, incapacités, ou situations de handicap • Milieu rural et urbain • Professionnels travaillant dans une structure avec ou sans ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels indépendants, ne travaillant pas au sein de structures d'aide à domicile type SAAD, SPASAD • Professionnels ayant moins de deux ans d'expérience professionnelle au sein d'une structure avec ergothérapeute

Je choisis d'inclure les aidants professionnels travaillant dans une structure d'aide à domicile sans ergothérapeute afin de pouvoir avoir un élément de comparaison supplémentaire lors de la discussion, concernant l'apport de la collaboration entre l'aidant professionnel et l'ergothérapeute pour le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée.

Ergothérapeute	
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeute diplômé(e) d'état français, travaillant en France • Milieu rural et urbain • Intervenant dans des services d'aides et de soins à domicile (SPASAD, SAAD, SSIAD) • Intervenant ou ayant intervenu auprès de personnes âgées isolées, en perte d'autonomie, quelles que soient leurs pathologies, incapacités, situations de handicap 	<ul style="list-style-type: none"> • N'exerçant pas auprès d'aidant professionnel • N'intervenant pas auprès des personnes âgées isolées, en perte d'autonomie

Pour ce qui est du choix de l'échantillon, je vais réaliser la méthode d'échantillonnage non probabiliste de convenance puisque je vais contacter des structures d'aide et de soins à domicile, avec un ou plusieurs ergothérapeutes y travaillant en collaboration avec des aidants professionnels.

Cette méthode me paraît la plus adaptée pour des raisons de praticité et d'accessibilité. En effet, étant donné que les professionnels interviennent à domicile, il me semble plus judicieux de m'entretenir avec chacun d'entre eux au sein de la structure ou bien par entretien téléphonique.

3) Outils d'investigation

Pour l'enquête, je vais réaliser des entretiens semi-directifs auprès de quatre ergothérapeutes et deux aidants professionnels. L'entretien permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences* » (Quivy et L. Van Campenhoudt, 2011).

Lors de l'entretien semi-directif, je vais ainsi « *recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il (l'interviewé) s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible* » (Quivy et L. Van Campenhoudt, 2011).

J'ai choisi cet outil pour son approche humaniste de l'enquête, et parce que mon hypothèse se base sur le recueil de données qualitatives à propos de vécus de relations interprofessionnelles, des observations, des expériences professionnelles.

Deux outils distincts ont été réalisés afin de répondre de façon adaptée à la diversité de ces populations mais quelques questions sont semblables car il s'agit bien là d'une collaboration, d'une relation interprofessionnelle ayant pour but commun : le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie.

J'ai construit mes guides d'entretien en les divisant en plusieurs sous-parties afin d'organiser l'entretien et faciliter son analyse :

- Informations sur le parcours de la personne interrogée, afin de vérifier qu'ils répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion
- Modalités de rencontre entre l'aidant professionnel et l'ergothérapeute
- Caractéristiques des personnes âgées isolées, en perte d'autonomie nécessitant l'intervention de l'ergothérapeute
- Impact de la collaboration sur l'autonomie de la personne âgée isolée

Les guides d'entretien (annexes IV et VI) ont été testés auprès d'un proche, exerçant en tant qu'aidant professionnel, de ma maîtresse de mémoire Mme Decouis et de camarades de classe qui suivent la construction de mon mémoire. Les questions et les notions employées leurs paraissaient claires et compréhensibles.

4) Recueil des données

Les entretiens sont téléphoniques ou physiques. J'ai envoyé à chacun d'entre eux, une autorisation de traitement des données recueillies (annexe III). Après une brève présentation de ma situation, je renseigne la personne interrogée sur le temps de l'entretien et les modalités de l'échange.

L'entretien enregistré dure entre trente minutes et une heure. J'explique qu'au travers de cet entretien, je cherche à comprendre leur point de vue, leur ressenti et leur expérience. Je rappelle au début de l'entretien, qu'il est anonyme, que leurs réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à leur nom et prénom. Enfin, l'entretien doit être réalisé dans un environnement calme, sans éléments perturbateurs.

5) Méthodologie d'analyse des résultats

Pour analyser l'ensemble des données recueillies, j'ai dans un premier temps retranscrits les différents entretiens afin d'avoir une vision d'ensemble de chacun d'entre eux. J'ai ensuite réalisé un tableau à double entrée avec les questions posées face aux réponses obtenues. Cette méthode permet de comprendre rapidement les différents retours d'expérience sur la question et obtenir une analyse globale de la situation.

Ainsi je débiterai par une présentation générale des personnes interrogées. Je poursuivrai par l'analyse des caractéristiques des personnes âgées rencontrées au sein d'un service d'aide à la personne type SAAD ou SPASAD et des conditions d'accompagnement de l'ergothérapeute et de l'aidant professionnel. Je déterminerai ensuite les modalités de rencontre entre l'aidant professionnel et l'ergothérapeute, les facilitateurs et les obstacles à leur collaboration, son impact sur la pratique professionnelle respective ainsi que les besoins nécessaires pour l'optimiser. Enfin, je développerai quel est selon les personnes interrogées, l'impact de leur collaboration sur les performances occupationnelles de la personne âgée isolée.

II. Résultats et Analyses intra-thématiques

1) Présentation générale des personnes interrogées

❖ Les ergothérapeutes

Quatre ergothérapeutes ont accepté de participer à des entretiens. Pour des questions d'anonymat, les personnes interrogées seront nommées E1, E2, et E3 et E4. Le tableau 1 présente chacun d'entre eux.

Tableau 3 : Profils des ergothérapeutes

	E1	E2	E3	E4
Sexe :	Femme	Femme	Femme	Femme
Age :	25 ans	21 ans	NR*	40 ans
Années d'obtention du diplôme :	2016	2018	2013	2000
Type de structure	SPASAD/ESA	SPASAD/ESA/ SAMSAH	ESA/SAAD/ un SSIAD de jour/ deux SSIAD de nuit	SPASAD/ESA
Equivalent temps pleins d'ergothérapie dans la structure	1 ETP	2 ETP : ⇒20% en ESA ; 80% en SPASAD ⇒20% SAMSAH ; 80% SPASAD	NR*	3 ETP : 0.5 en ESA & 2,5 ETP sur le SPASAD
Années d'expérience au sein de la structure	1 an	11 mois	3 ans	8 ans

*NR : non renseigné

La retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute E1 est disponible en annexe V.

❖ Aidants professionnels

Deux aidants professionnels ont accepté de participer à des entretiens. Pour des questions d'anonymat, les personnes interrogées seront nommées AP1 et AP2. Le tableau 2 présente chacun d'entre eux.

Tableau 4 : Profils des aidants professionnels

	AP1	AP2
Sexe :	Femmes	Femmes
Age :	56 ans	34 ans
Formations :	DEAVS (auxiliaire de vie sociale)	Employé à domicile diplômée d'un BEP sanitaire et social
Années d'expérience d'aidant professionnel	2013	2007
Travaillant dans la structure de :	Absence d'ergothérapeute dans la structure SPASAD	E2
Type de structure	SPASAD/ESA	SPASAD/ESA
Années d'expérience au sein de la structure	6 ans	12 ans

L'aidant professionnel AP1 travaille dans un service SPASAD/ESA dont l'ergothérapeute travaille uniquement en ESA. Je trouve, malgré le fait qu'elle n'ait pas eu jusqu'à présent l'occasion de travailler en collaboration avec l'ergothérapeute, le regard de l'aidant professionnel pertinent et réaliste sur son accompagnement auprès des personnes âgées isolées et sur sa profession. L'aidant professionnel AP2 travaille dans la structure de l'ergothérapeute E3. Je vais aussi pouvoir mettre en relation les deux entretiens et analyser le retour d'expérience de ces deux aidants professionnels avec ou sans collaboration avec un ergothérapeute.

La retranscription de l'entretien de l'aidant professionnel AP2 est disponible en annexe VII.

2) L'accompagnement ergothérapeutique dans une structure d'aide à domicile

❖ Caractéristiques du public accueilli :

Tableau 5 : Caractéristiques du public

	E1	E2	E3	E4	AP1	AP2
Intervention auprès de personnes âgées	x	x	x	x	x	x
Tranche d'âge	« De 20 à 100 ans »	« De 60 à 110 ans et quelques moins de 60 ans »	« 60 ans et plus »	« GIR 1 à GIR5 »	NR*	« Dans les 80 ans »
Perte d'autonomie et/ou d'indépendance	x	x	x	NR*	x	x
Personnes âgées isolées	x	x	x	x	x	x
Autre public : Adultes en situation de handicap	x	x	x	NR*	NR*	x

*Non renseigné

E1 et E2 s'accordent sur le fait que le SPASAD intervient en grande partie chez des **personnes âgées en perte d'autonomie et d'indépendance** avec « *des troubles du comportement, des troubles cognitifs et moteurs* » (E1). E4 nous dit rencontrer « *toutes les pathologies liées au vieillissement donc c'est très variable [...], on va avoir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, des AVC, des pathologies liées au très grand âge : insuffisances cardiaques, respiratoires, de l'arthrose, [...] et des démences* ».

E1 et E2 rencontrent également au sein de la structure, des **personnes adultes**, de moins de 60 ans, en situation de handicap.

Ces personnes rencontrent des **difficultés dans la vie quotidienne** et demandent l'intervention du service d'aide « *pour des aides au repas, au ménage, courses, toilettes, stimulation du quotidien etcetera...* » (E3). Pour E4, les principales demandes sont : « *toilette, transferts, déplacements, et prévention ; il y a très peu de demande pour les loisirs, la préparation des repas, et la prise des repas* ». Tous ont également l'occasion de rencontrer des personnes âgées isolées, sans aidant familial ni d'accompagnement organisé mis à part le service d'aide et de soins à domicile.

AP2 ajoute qu'elle travaille principalement auprès de « *personnes âgées dans les 80 ans* », « *en perte d'autonomie* » (AP1 ; AP2), rencontrant des difficultés dans la réalisation des activités de vie quotidienne telles que l'habillage, la prise des repas (ex : « *couper la viande* » AP2), et « *pour le déplacement* ». AP1 complète en disant : « *Souvent elles marchent de moins en moins, elles n'ont pas envie de faire d'effort ou ont peur de tomber. Elles ne font plus rien dans leur maison soit à cause de la difficulté à manipuler manuellement, à se déplacer ou ne savent plus comment faire les choses* ».

❖ Caractéristiques de l'intervention de l'ergothérapeute

Tableau 6 : Caractéristiques de l'intervention de l'ergothérapeute

		E1	E2	E3	E4
Demande d'intervention :	Demande de l'aidant professionnel au responsable de secteur	x	x	x	x
	Demande du responsable de secteur à l'ergothérapeute	x	x	x	x
	Demande du patient				x
Evaluation ergothérapique :	Recueil de données/ Entretien	x	x	x	
	Observations			x	x
	Evaluation non standardisée		x	x	x
	Evaluation standardisée	x	x		
	Mise en situation écologique	x	x	x	
Accompagnement en ergothérapie :	Durée de l'accompagnement :	NR*	Variable	A court terme	A court terme
	Rédaction de compte rendu	x	x	x	x

*Non renseigné

E3 et E4 me disent également travailler **sans prescription médicale**. Concernant le parallèle au **référentiel de compétence** de l'ergothérapeute, E4 me dit « *on ne fait pas de rééducation, on est sur de la réadaptation [...] : évaluation de la situation globale (personne, environnement matériel) et la préconisation d'aide technique, d'aménagement, le conseil auprès des aidants familiaux et professionnels, la formation des aidants professionnels [...], la coordination avec tous les partenaires [...] autour de la personne : en interne et également tous les partenaires extérieurs (autres services d'aides [...], les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les professionnels paramédicaux qui interviennent en libéral, les réseaux de santé CLIC, MAIA, HAD etc.)...* ».

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, **l'intervention débute par** les « aides à domicile [qui] font remonter la demande aux responsables de secteur qui la rapportent à l'ergothérapeute ». Selon E4, la demande peut provenir aussi d'« une aide-soignante, une infirmière, les familles elles-mêmes, la personne âgée quand elle nous connaît déjà (ce qui est assez fréquent), ça peut être très rarement des médecins, des ergothérapeutes en hôpital, pour des retours d'hospitalisation, ou c'est plutôt nous qui les contactons pour qu'on puisse faire un relai ». Ou bien « la responsable de secteur suite à, soit la visite initiale, soit en visite de réévaluation, détecte des évolutions ou des situations problématiques, qu'il nous transmet ». (E3)

Pour ce qui est des évaluations, E1 utilise des **outils standardisés** tel que la grille AGGIR, le TINETTI en fonction des situations, l'échelle ADL de Katz et IADL de Lawton, et le Module habitat et mode de vie du BME, et pour finir des mises en situation écologique (toilette, habillage, repas) en fonction de la problématique rencontrée. E3 réalise, en fonction de la demande et de ce qui ressort d'un premier entretien, un Tinetti si la personne a des troubles de la marche, ou bien un MCP2A en cas de positionnement en attitude vicieuse.

Tableau 7 : Définitions des évaluations réalisées par les ergothérapeutes E1 et E2

EVALUATIONS :	DEFINITIONS :
Grille AGGIR	<p>AGGIR correspond à « Autonomie Gérontologie et Groupes Iso-Ressources » ; Elle « évalue les activités effectuées ou non par la personne seule, et permet de définir des "groupes iso-ressources" rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ».</p> <p>https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf</p>
TINETTI	<p>« Le test ou score de Tinetti est un moyen simple et reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. »</p> <p>http://www.sgca.fr/outils/tinetti.pdf</p>
Echelle ADL de Katz et IADL de Lawton	<p>« Activités de la vie quotidienne » (ADL) et « Activités instrumentales de la vie quotidienne » (IADL) ; Elles évaluent le degré de dépendance, en fonction des habitudes de vie de la personne. Elles évaluent les actes effectués en autonomie. Les informations sont recueillies auprès de la personne et son aidant principal (famille ou amis). http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2010/09/EHELLE-IADL-E-LES-ACTIVITES-INSTRUMENTALES.pdf;</p> <p>Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 185, 914-919 (1963)</p>

Module Habitat et Mode de vie du BME	<p>« <i>Evaluation du mode de vie de la personne avec celle-ci et son aidant</i> »</p> <p>« <i>Par aidant principal nous entendons la personne de son entourage (famille ou ami) qui s'investit le plus tant par sa présence physique, que par les efforts physiques qu'il réalise pour venir en aide à la personne âgée</i> ».</p> <p>Il vise à identifier « <i>la perception des activités habituellement réalisées, ainsi que les habiletés relationnelles et sociales de la personne âgée, selon les témoignages de la personne âgée et de son aidant</i> ».</p> <p>« <i>Il renseigne le niveau de participation de la personne dans sa vie quotidienne et guide le thérapeute sur les conseils à donner à la personne âgée et à son aidant</i> ».</p> <p>http://hadj.kalfat.free.fr/Documents%20site/ProtocoleModuleModedevieetHabitat.pdf</p>
MCP2A	<p>Cette évaluation « <i>permet d'évaluer la posture de l'adulte dans une aide à la locomotion et le contrôle de cette posture au cours de tâches dynamiques. Cet instrument permet aussi de mesurer les changements du contrôle postural dus à une évolution de la posture dans le temps ou à l'effet d'une intervention sur le positionnement assis</i> ».</p> <p>https://www.irdpq.qc.ca/expertise-et-formation/centre-de-documentation/publications-de-lirdpq/mesure-du-controle-postural</p>

Au contraire, E2, E3 et E4 nous disent utiliser majoritairement des **évaluations non standardisées**, sous la forme de **guide d'entretien** (E2), de **grille d'observation** (E4) ou les deux pour E3. E2 réalise un entretien « *pour connaître la personne, son histoire, ce qu'elle aime, ses habitudes de vie* » et elle lui demande une « *journée-type* ». E3 fait une évaluation globale du lieu de vie, « *un cliché, une photo générale de la personne* » pour E4 : « *même si je suis appelé sur autres choses, je garde un œil sur le côté global de la situation* » (E3). Suite à cela E3 réalise un entretien avec la personne pour « *voir si elle a notion d'avoir des difficultés dans sa vie quotidienne, et dans ce pourquoi elle a été envoyée* ».

Etablir une **relation de confiance** avec la personne est primordial pour E4. En effet, elle me dit ne jamais sortir sa fiche d'évaluation car le fait d'arriver avec une grille « *paralyse l'évaluation* » (E4). Le fait d'être au domicile, les personnes ont « *le droit de nous claquer la porte au nez* ». Si l'évaluation est partielle parce que « *la personne n'a voulu donner que telles ou telles informations, [...], la prochaine fois elle m'a déjà repéré, elle est un peu moins méfiante et puis finalement j'arrive à avoir d'autres informations* ».

Concernant le **financement des postes** dans la structure de E4, ils sont « *financés par l'ARS, donc le volet « soins » ; [avant] à partir du moment où la personne était suivie par le SPASAD quel que soit en fait le type de services, nous [les ergothérapeutes] on intervenait pareil, [...]; là on intervient toujours sur tous les services, maintenant on nous a dit d'axer plutôt nos accompagnements sur le service de soins tout en faisant un peu d'accompagnement sur les services d'aide : un peu moins en accompagnement, c'est-à-dire évaluations, préconisations et puis voilà ça s'arrête là* ».

E3 confirme ce mode de fonctionnement : « *je retourne à domicile pour faire l'essai de matériel si le matériel ne correspond pas je réinterviens jusqu'à ce qu'on trouve ou abandonne* ». Mais finalement, **la fréquence des visites** est « *variable d'une personne à l'autre en fonction de ses besoins* » (E4) ; « *Souvent on va voir une personne trois quatre fois d'affilé et puis après on va plus voir cette personne pendant 6 mois et puis 6 mois après on va avoir un aide à domicile qui va nous dire là ça redevient compliqué peut être qu'il faudrait revoir la prise en charge* » (E2). Il n'y a donc « **pas vraiment de fin d'accompagnement** dans le sens où on continue d'accompagner la personne tant qu'elle veut être accompagnée par notre service ou bien si elle part en institution ou bien jusqu'au décès. » (E2)

Pour autant, si une préconisation d'aménagement du logement ou bien d'achat de matériel médical est nécessaire, E2 nous dit : « *revenir avec un revendeur médical, du choix du patient pour tester du matériel, faire des essais, on peut **revenir plusieurs fois** faire différents essais, jusqu'à ce qu'on trouve quelque chose qui soit à peu près adapté* »

Les ergothérapeutes sont unanimes sur la **particularité de l'accompagnement de la personne âgée isolée**. Dans un premier temps, ils **se tournent vers les réseaux et partenaires extérieurs** pour envisager une « *réflexion en équipe sur la mise en place de lien pour la personne* » (E4). E1 fait « *appel à des partenaires extérieurs [...] : on peut mettre en place la gestion de cas ou la MAIA, on va faire en sorte d'appeler l'assistante sociale du département pour voir si il y a un dossier APA, ou un dossier CARSAT qui est mis en place* ». E2 compte sur le « *tuteur ou curateur qui va devenir du coup l'interlocuteur privilégié* ». E4 ajoute prendre contact avec « *le CLIC par exemple pour qu'un service d'aide intervienne [...] et prendre contact avec l'association les petits frères des pauvres pour essayer de mettre en place des partenariats* ».

Selon E3, en général ils sont appelés pour une difficulté précise qui **évolue rapidement et prend de l'ampleur** « *parce ce qu'on se rend compte qu'il y a plusieurs choses qui ne vont pas ; on a un point d'appel comme : le fauteuil est plus adapté et on se rend compte que la salle de bains non plus* ».

E4 évoque le fait d'être « *sur la **même démarche** mais c'est vraiment une importance accrue sur le suivi de l'accompagnement [...] ; quand je vois une personne bien entourée je ne vais pas forcément axer sur les loisirs par contre la personne isolée, je vais beaucoup plus creuser sur ce qu'elle aime faire, sur le déroulement de sa journée, par exemple voir pour des livres audios si elle peut plus lire ; on va **plus approfondir** sur [...] tout ce qui peut la sortir de l'isolement* ». (E4). E1 indique retourner **plusieurs fois** au domicile afin de « *présenter son compte rendu* ».

Les ergothérapeutes ont toutes tendance à **collaborer « plus étroitement »** (E2) **avec les aidants professionnels** « *parce que c'est la seule personne qui va pouvoir nous faire remonter les informations sur le quotidien de la personne, sur ses capacités, sur comment ça se passe réellement au domicile* » (E2). De plus, E2 et E3 vont « *d'autant plus essayer d'avoir un rendez-vous conjoint* » (E2) avec l'aidant

professionnel ; « et si possible avec l'aide à domicile référente » (E3) car c'est « celle qui intervient le plus au domicile » (E3) et avec qui « la relation de confiance qui est établie avec la personne » (E3). E2 précise que c'est bien « souvent un accompagnement très lourd, avec des auxiliaires de vie qui sont complètement épuisées par ces situations ».

❖ Caractéristiques de l'intervention de l'aidant professionnel

Concernant les **missions de l'aidant professionnel**, chacun reçoit avant sa première intervention au domicile « une fiche avec les missions qu'il faut effectuer chez cette personne » (AP2) avec le nom, le prénom, l'adresse de la personne ainsi que sa « date de naissance, les troubles de la personne, si la personne elle est autonome, si elle est cohérente et après en dessous les missions à faire, [et] les personnes à contacter en cas d'urgence ». AP2 a également un planning indiquant le temps de travail affilié chez le « client » (AP2).

AP2 me dépeint **une journée-type** : « quand je commence à 9h la petite toilette, je fais le levé déjà, après c'est la petite toilette, pas la douche tout ça, mais la petite toilette au gant après je fais l'habillage, le petit déjeuner, en général je fais plus tôt le matin pendant mon premier client ; Après je fais le lit, la préparation du repas, voilà [...] ; Parfois l'après-midi j'ai un peu d'entretien [...] et de l'accompagnement » aux rendez-vous médicaux par exemple. AP2 réalise également les courses « mais sans eux » et certaines tâches administratives simples.

Lorsque j'aborde la question du sentiment « **de faire à la place de** », AP2 me répond qu'en effet, « oui, des fois il y a des choses chez les personnes âgées chez qui je vais où je fais à leur place alors qu'ils pourraient très bien le faire, d'ailleurs eux même ils me le disent, il y en a un par exemple il me dit tout le temps oui c'est vrai que je pourrais le faire mais j'ai la flemme par exemple ». Puis AP2 ajoute : « parfois comme ils disent ils sont feignants un peu ; dès qu'il y a quelqu'un [l'aidant professionnel] avec eux la personne le fait ».

AP2 poursuit et dit : « Mais j'essaye parce que le but c'est qu'ils gardent un maximum d'autonomie voilà quand c'est des choses qu'ils peuvent le faire [...]. De toute façon, ils nous le disent au bureau qu'on est là pour aider la personne ; que si elle peut faire elle doit faire parce que dans ces cas-là ils ne voudront plus rien faire ; quand on sait qu'ils peuvent le faire, on fait un maximum ». AP1 ajoute à ce sujet : « j'essaye de faire participer les personnes aidées aux tâches ménagères, à leur besoin mais elles ne sont pas souvent aidantes et estiment que nous sommes payés pour le faire ou qu'elles ne sont plus capables de le faire ».

AP1 et AP2 rencontrent lors de leurs interventions au domicile, des **personnes âgées isolées** « soit de leur famille soit géographiquement » (AP1). Partant de ce fait, AP1 complète en disant : « Mon but est de leur donner envie de manger, de sortir, d'échanger sur leur histoire personnelle ; Si je vois que ça leur plait je continue d'échanger avec eux pour créer un lien et pouvoir avoir des discussions en les mettant au centre des histoires, mon but est d'être une personne qu'ils aiment voir régulièrement qu'ils ont plaisir à accueillir chez eux ». Le retour d'expérience de AP2 est différent : « Le fait que cette personne n'aie que nous, elle n'a personne d'autre autour d'elle, elle est très dépendante de nous et c'est nous qui gérons tout pour cette personne » ; « je connaissais tout de la personne, c'était une relation plus personnelle » ; « la personne m'écoutait ; écoutait mes conseils, mon avis » (AP2).

3) La collaboration interprofessionnelle : l'ergothérapeute et l'aidant professionnel

Concernant la **demande d'intervention de l'ergothérapeute par l'aidant professionnel**, AP2 explique : « quand je suis au domicile et que je vois qu'il manque du matériel ou des gens qui posent des questions, « comment faire pour prendre la douche parce que c'est difficile », [...] dans ces cas-là je fais monter l'information au bureau [qui] eux prennent contact avec l'ergothérapeute ; après quand elle [ergothérapeute] a besoin de plus de précisions, elle m'appelle directement, [ou bien] elle préfère intervenir quand l'aide à domicile est au domicile ».

De plus, à propos de l'intervention en elle-même de l'ergothérapeute au domicile, AP2 nous dit : « Elle prend rendez-vous avec moi [...], elle repère un peu les lieux et puis elle commence à discuter avec la personne » (AP2). AP2 ajoute : « plusieurs fois j'ai appelé l'ergothérapeute moi-même pour lui dire [que] le lit ne fonctionne plus, l'appareil ne fonctionne plus et du coup elle prend rendez-vous pour voir le matériel » (AP2).

A la question, « Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de votre profession ? si oui, lesquelles ? », les réponses ont été diverses :

Tableau 8 : Difficultés rencontrées par les professionnels interrogés :

	E1	E2	E3	E4	AP1	AP2
Difficultés rencontrées par les professionnels interrogés :	Investissement et le positionnement du personnel ; « Turn over des aides à domicile » ; Méconnaissance de l'ergothérapie	Communication/collaboration professionnels et aidants familiaux Acceptation par les personnes âgées, des aides techniques et aménagements préconisés	Non renseigné	Intégration du matériel préconisé par les aidants professionnels Décret de compétence des aidants professionnels	Intervenant seul au domicile Manque de matériel	Aucune difficulté énoncée

Pour justifier le fait que l'investissement du personnel est une difficulté que E1 rencontre, elle nous dit : « elles [les aidants professionnels] veulent pas faire plus à domicile que ce qui est écrit sur leurs fiches de poste » ; « elles vont préparer les repas sans chercher à faire avec la personne ce genre de chose ». E1 ajoute le fait que : « parfois les auxiliaires de vie au domicile, elles se positionnent comme aidants familiaux on va dire ; [...] elles interviennent chez les gens depuis 15 ans donc c'est comme si elles faisaient partie de la famille en quelque sorte ; Il faut alors expliquer ce qui fait partie de leur travail ou non ; Cela crée des tensions dans l'équipe » (E1). Concernant le turn-over, « on a celles qui sont là depuis 15-20 ans et celles qui viennent 3 mois et qui repartent ».

E2 ajoute : « je travaille en collaboration avec les infirmiers, les aidants, les cadres etc., donc ça fait beaucoup de personnes ; d'où l'importance de bien communiquer avec notamment l'aidant familial de la personne âgée ; Parfois on a un peu de mal à se comprendre et puis les personnes âgées ne sont pas toujours d'accord pour avoir du matériel médical chez eux, généralement ils ont envie de rester chez eux mais pas de ramener l'hôpital à la maison ». De plus, certains aidants professionnels ne souhaitent pas utiliser le matériel préconisé, « surtout pour les lève-personne car pour elles c'est une perte de temps ou c'est trop compliqué à utiliser » (E2).

E4 confirme ce discours en disant avoir : « besoin de temps pour que l'ensemble de l'équipe intègre les préconisations qu'on peut faire et la mise en place de matériel notamment ce qui va être l'aide technique aux transferts ; [...] certains éléments de l'équipe vont être réfractaires pour plein de raisons : peur d'utiliser le matériel malgré les formations, le fait que ça demande un temps supplémentaire ; on est vraiment sur un gros travail d'explication, de pédagogie, d'accompagnement sur le terrain. ». Ensuite, concernant le décret de compétences de l'ensemble des professionnels de l'aide à domicile, elle déclare : « quand on dit à une auxiliaire de vie de gérer un change, de faire un transfert, elle se pose toujours la question de pourquoi ce n'est pas le soignant qui fait ça parce que c'est pas mon rôle mais comme j'ai l'impression que c'est flou au niveau de leur décret de compétences, du coup elles sont un peu perdues dans les activités qu'on peut leur demander de faire avec la personne ».

Elle termine avec le fait qu'elle ne rencontre pas de difficultés majeures du fait que « les ergothérapeutes sont présents dans le SPASAD depuis plus de 15 ans et qu'on est vraiment intégré à l'équipe ce qui n'est peut-être pas forcément le cas d'une ergothérapeute qui intervient sur une création de poste » (E4).

Concernant les difficultés rencontrées par les aidants professionnels, AP2 évoque n'avoir aucune difficulté particulière. Tandis que selon AP1 : « le fait que nous sommes seules lors des interventions, il peut y avoir des situations critiques comme par exemple une personne qui tombe, qui fait une fausse route, une personne avec un souci de santé [...] ; nous devons prendre des décisions, nous avons une responsabilité vis-à-vis des personnes aidées ». De plus, « si quelque chose se passe un soir ou un week-end il n'y a pas forcément d'interlocuteur qui puisse nous aider ».

Enfin, elle indique une seconde difficulté : « le manque de matériel chez certaines personnes aidées, parce qu'elles n'en veulent pas, ou que l'on ne connaît pas tout ce qui existe pour aider comme par exemple pour la manipulation des personnes âgées ».

Tableau 9 : La collaboration au sein du SPASAD selon les ergothérapeutes

		E1	E2	E3	E4
Définition		« Complexe » « de longue haleine »	« très importante » « pas facile »	« cahotante »	« déterminante et primordiale »
Lieu de collaboration		Le domicile			
Fréquence de collaboration		« Je retourne au domicile pour présenter les préconisations à la famille, à la personne » « Parfois je fais des mises en situation pour montrer aux aides à domicile [...] comment on réalise l'activité »	« Pas très souvent » ; « en fonction de la demande »	En fonction de la demande	NR*
Outils de communication	Compte-rendu	x	x	x	X
	Cahier de liaison	x		x	x
Nature de la collaboration	Evaluation conjointe	x	x	x	x
	Mises en situation avec l'aidant professionnel	x	x	x	x
	Formation collective en structure		x		X
	Formation individuelle à domicile		x	x	

Selon les ergothérapeutes :

❖ Définir la collaboration au sein du service :

A propos des responsables de secteur, E3 indique que lors des « *périodes compliquées, [...] elles n'ont pas forcément le temps et la disponibilité de recevoir les demandes de la part des intervenantes donc la transmission se fait difficilement* ».

La place de la collaboration dans le travail de E2 est : « *très importante, on ne peut pas travailler sans les personnes qui vont au domicile ; c'est eux qui sont auprès des patients tous les jours ; c'est eux qui ont les bonnes informations et c'est eux qui vont utiliser ce que nous on essaye de mettre en place* ». « *Mais ce n'est aussi pas facile parce que [...] les auxiliaires de vie parfois se sentent en infériorité face aux ergothérapeutes ou aux chargés d'évaluation* » (E2). Elle poursuit en disant que cela peut compliquer le relationnel avec l'aidant professionnel.

E4 ajoute en ce sens que la collaboration est « *déterminante et primordiale au bon accompagnement de la personne âgée ; chacun arrive avec ses compétences ; la différence entre nous c'est qu'elles passent un temps majeur dans le quotidien de la personne ; elles sont sources d'une mine d'informations* ». Il faut donc selon E4 « *favoriser l'échange et que ce soit très libre et sans jugement* » pour « *que tout le monde aille dans le même sens* » et « *nous en tant qu'ergothérapeute on a besoin de s'appuyer sur leurs connaissances très fines du domicile pour qu'on puisse établir notre propre démarche de soin* » (E2).

❖ Les lieux de collaboration et d'échange :

Le lieu de collaboration est uniquement le domicile pour les quatre ergothérapeutes interrogés. Aucune réunion interprofessionnelle n'est organisée par les services d'aide à domicile contrairement aux services de soins ou SSIAD. En effet, « *elles [les réunions] ne sont pas comptées dans le temps de travail* » (E2) ; seules « *les heures d'aides au domicile sont facturées aux personnes* » (E4). Donc « *pour qu'un service d'aide puisse fonctionner il faut que les auxiliaires de vie aient un temps maximum sur le terrain* » (E4). Finalement, on s'aperçoit que le SPASAD : « *n'est pas un service unique ; c'est vraiment deux services distincts, mais qui sont dans les mêmes bureaux* ». « *Les liens sont plutôt au niveau des responsables parce que [...] on a une réunion tous les mois sur le SPASAD donc c'est le SSIAD plus le SAAD [...] entre les infirmiers coordinateurs, les chargés d'évaluation du service d'aide, avec l'ergothérapeute, et parfois le cadre* » (E2).

Parfois E1 E3 et E4 ont l'occasion de rencontrer les aidants professionnels en dehors du domicile : lors des réunions trimestrielles (E3) et lorsqu'ils viennent récupérer leurs plannings (E1) ou bien leur

« feuille de présence » (E4), une fois par mois (E3/E4). Dans ces cas-là, E3 « *essaye d'intervenir, d'être présente pour représenter l'ergothérapie et éventuellement parler avec elles sur des situations qui leur posent problèmes [...] mais les responsables de secteur ont déjà plein de choses à leur dire* » lors de ces réunions.

❖ **Les outils de communication/collaboration :**

À la suite des évaluations, un **compte rendu est rédigé** par les ergothérapeutes (4/4). Ceci « *pour présenter les préconisations* » (E1). Il est actualisé « *après chaque rendez-vous ou coup de téléphone* » (E2). Celui-ci « *reste sur notre ordinateur, les IDEC [infirmiers coordinateurs] y ont accès et les chargés d'évaluation également* » (E2). Il n'est pas forcément envoyé « *aux bénéficiaires mais systématique aux responsables de secteur* ». (E3). En revanche, « *s'il y a des préconisations spécifiques avec du matériel [...], j'envoie quand même au bénéficiaire pour qu'il ait une trace aussi ; [qu'il sache] pourquoi il y a ce matériel-là qui a été mis en place* » (E3).

E4 nous fait part d'un point important : « *Je fais un compte rendu d'évaluation qui est visible en théorie par tout le monde mais en pratique tous les auxiliaires de vie n'ont pas accès aux ordinateurs dans le services* » ; seuls « *les infirmiers coordinateurs, [et] les chargés d'évaluations* » y ont accès.

Pour autant des « **cahiers de transmissions** » (E4) sont mis en place par les quatre ergothérapeutes au domicile des personnes âgées. Ils sont effectivement nommés différemment : « *classeur de coordination* » pour E3 ou bien « *fiche relais* » pour E1. E4 y intègre ses « *préconisations, après quand il y a du matériel en place, [...] un peu complexe, ou bien la personne âgée me le demande, je mets en place des **fiches d'utilisation du matériel ou de conseils en positionnement**, enfin une trame écrite au domicile pour que ça puisse aussi guider les intervenants* » (E4). E3 y « *note ses interventions, [...], le fait que je suis passé, que j'ai fait l'évaluation et éventuellement ce qui en ressort* ». Enfin, E1 a « *mis en place des fiches relais au domicile en lien avec **l'approche Montessori** : ce que la personne sait faire, aime faire ou non* ».

En revanche, E2 nous indique qu'au sein de sa structure : « *si le service d'aide intervient seul, il n'y a pas de classeur [de soins] ; s'ils interviennent avec le service de soin, généralement ils ne vont pas voir dans le classeur* ».

Concernant les **autres moyens de communication**, E3 précise qu'« *elles n'ont pas de mail professionnel, et sinon le seul moment où j'ai un échange par téléphone c'est pour fixer avec elles le rendez-vous* ». E4 : « *laisse toujours [son] portable* » contrairement à E2 qui préfère que : « *la demande passe par elles [les responsables de secteur] pour filtrer un petit peu parce que sinon avec les intervenantes à domicile je pourrais être appelée tous les jours* ».

❖ La nature de la collaboration :

Evaluation et Mise en situation :

D'abord les ergothérapeutes (4/4) organisent des évaluations conjointement avec les aidants professionnels mais E1 précise tout de même : seulement « *une partie de mon temps l'aidant professionnel est présent] parce que l'autre partie c'est une partie évaluation et parfois l'aidant professionnel parle « à la place de » ... pour limiter ça je prévois mon temps à peu près 1h 1h30 de bilans ; je fais une demi-heure avec l'aidant professionnel et une demi-heure, une heure avec la personne »*

Chacune d'entre elles réalisent également des mises en situation « *pour objectiver la difficulté »* (E3) et ainsi conserver les habitudes de vie de la personne, « *parce que ce n'est pas aussi simple que ça en service »* selon E4 ; citons notamment des mises en situation « *habillage, toilette, transferts, en fonction des problématiques relevées »* (E1) « *pour montrer aux aides à domicile [...] comment réaliser l'activité »* (E1). Prenons l'exemple de E1 : « *comment utiliser une aide technique, les techniques d'habillage, de transfert avec un guidon de transfert... »*.

Tout comme E2 et E4, E3 précise qu'elle réalise des mises en situation *seulement* « *si la demande émane d'une auxiliaire de vie »* et selon son « *emploi du temps aussi »* (E3). Selon E2 : « *Si on nous dit que la salle de bain n'est pas bien équipée et que l'auxiliaire de vie fait la toilette, on va y aller sur un temps de toilette »*.

Les informations et formations organisées par les ergothérapeutes, pour les aidants professionnels :

Les formations mises en place par les ergothérapeutes sont de deux sortes : des formations collectives organisées en structure et des formations individuelles, adaptées au domicile.

Concernant les formations organisées en structure, E2 réalise des « *formations sur les aides techniques aux transferts (verticalisateur, lève-personne, etc...), [ainsi que] des formations sur les petites aides techniques (repas, déplacement...)* ; cela leur permet d'avoir un œil sur ce qui existe pour pouvoir après nous solliciter quand il y a besoin ».

E4 « *organise depuis quelques années des formations internes destinées à la fois aux aides-soignants, infirmiers, et aussi aux auxiliaires de vie, aide à domicile »* ; « *on mélange les professions dans nos formations »* ; « *si on veut un bon accompagnement il faut que tout le monde bosse en équipe parce que à la fois ils sont assez régulièrement ensemble mais ils font chacun leur partie et la communication n'est pas toujours facile »*. E4 poursuit en disant que « *les formations chez nous c'est super riche parce que c'est un lieu qui est extérieur au domicile, sur une demi-journée ou une journée »*.

E4 dispose de quatre thèmes de formation :

« -utilisation des aides techniques au transferts

- formation sur les manutentions du lit et au fauteuil

- formation techniques d'aides à la marche : comment aider quelqu'un à marcher et se déplacer, se relever du sol

- Formation sur les petites aides techniques ».

« Au-delà des thèmes, c'est ce qui se passe à l'intérieur des formations et des collaborations qui se créent petit à petit » qui intéressent E4. En effet, à la suite de ces formations, E4 observe que les aidants professionnels « se disent moi aussi je peux faire des demandes, de détecter une difficulté... » (E4).

E3 n'organise pas de formation au sein de la structure car « normalement elles ont des formations sur l'utilisation de lève-personne, guidon de transfert » lors des formations initiales ou continues. Mais E3 ajoute que : « ponctuellement sur le terrain je peux être amenée à faire des piqures de rappel parce que la situation ne correspond pas au cas clinique qu'elles ont vu en formation par exemple en situation, avec le patient ». E2 nous indique également réaliser des formations au domicile de la personne âgée : « si on met en place un lève-personne par exemple, les auxiliaires de vie ne sont pas toujours au courant de comment ça marche et du coup dans ces cas-là je viens au domicile pour faire une petite formation à l'utilisation du lève-personne... ».

E4 réalise des « informations personnalisées sur un matériel spécifique avec une personnes âgée spécifique » plutôt que des formations à domicile. Enfin, E1 en travaillant seule sur plusieurs services, n'a pas le temps de mettre en place des formations, mais « s'il y a plus de temps de travail ergothérapeute, il y aura plus de temps avec les auxiliaires de vie et on pourrait faire mettre en place [...] des formations ».

Selon les aidants professionnels

AP2 a également reçu plusieurs formations organisées par l'ergothérapeute de sa structure : « j'ai eu une formation pour faire les transferts du lit au fauteuil, une formation avec le lève-personne [...] et puis les positions quand on doit bouger une personne pour la maintenir, [...] déplacer la personne ».

❖ Collaboration/rencontres entre les aidants professionnels d'un même service :

AP1 nous dit qu'il lui arrive « d'avoir des interactions avec les autres services comme les infirmières, les kinésithérapeutes, les aides-soignantes mais cela est quand même très rare ». « Nous sommes souvent seules lors des interventions. En général il y a un cahier de transmission chez les personnes aidées ».

Elle poursuit en précisant que « *si besoin nous pouvons passer par l'infirmière coordinatrice de l'ADMR pour avoir des informations sur des situations* ». (AP1)

AP2 nous informe que ce n'est « *pas très souvent* » qu'une « *réunion générale* » (AP2) est organisée. Elle indique également qu'une fois par mois, les aidants professionnels de sa structure se rendent « *au bureau pour parler avec nos chargés d'évaluation, dire s'il y a des problèmes ou pas* ». (AP2).

Lorsque je lui demande si lorsque des remplacements doivent être mis en place, un doublon est organisé pour rencontrer la personne et l'aidant professionnel régulier, AP2 me confirme que c'est mis en place seulement pour les « *absences qui sont déjà prévues* ».

Tableau 10 : Collaboration des aidants professionnels avec les ergothérapeutes :

	AP2
Lieu de collaboration	Au domicile
Lieu de rencontre	En structure lors des formations
Fréquence de collaboration	« <i>A plusieurs reprises : une fois en formation, une autre fois au domicile et souvent au téléphone</i> »
Outils de communication	Cahier de transmissions ; Appel téléphonique
Nature de la collaboration	Mise en situation ; résolution de problématiques

AP1 qui n'a **pas eu l'occasion de rencontrer d'ergothérapeute** au cours de sa pratique professionnelle évoque le fait qu'elle n'a pas eu l'occasion de faire « *affaire à l'ergothérapeute lors des interventions mais je pense que parfois pour certaines situations il sera bien de voir un ergo pour avoir des idées sur ce que je pourrais faire chez les personnes âgées suivant leurs capacités, pour leur faciliter la vie ou avoir du matériel suivant les aptitudes des personnes âgées* ». Elle poursuit en disant qu'« *à ce jour je ne sais pas si un ergothérapeute est intervenu chez les personnes âgées où j'interviens ; les AVS ne rentrent pas dans la prise en charge médicale mais j'aimerais pouvoir profiter des connaissances et de l'aide d'un ergothérapeute pour les personnes âgées qui en ont besoin* ».

Selon AP2, les **outils de communication** sont d'abord les appels téléphoniques fréquents ainsi que des cahiers de transmission « *qui servent à faire passer les messages [...] pour la personne suivante* ». « *On est censé regarder le cahier à chaque passage dès que l'on arrive pour voir ce qui a été fait, voir si d'autres personnes ont marqué ce qui a été fait, ce qu'il reste à faire, et puis ce qu'il faut faire* ».

A ma demande, AP2 fait un **retour d'expérience** à la suite d'une visite de l'ergothérapeute : « *elle a enlevé les tapis parce qu'il y avait beaucoup [...] de tapis parce que cette personne [âgée] avait tendance à chuter ; je lui [à l'ergothérapeute] ai conseillé de mettre une chaise percée à côté de son lit, ce qui a été fait par ce que quand elle allait aux toilettes, [...] et aussi dans les toilettes il manquait la barre d'appui* ».

❖ Les facilitateurs et obstacles à la collaboration :

Tableau 11 : Les facilitateurs et obstacles à la collaboration :

		E1	E2	E3	E4	AP2
Facilitateurs	Coordination avec responsables de secteur	x	x	x		
	Disponibilité : Intervention plusieurs fois au domicile		x			
	Formations		x			
Obstacles	Réfractaires aux changements	x	x			
	Manque de temps	x				
	Turn over	x				
	Manque de réunions interprofessionnelle		x	x	x	
	Dévalorisation des aidants professionnels		x		x	
	Méconnaissance de l'ergothérapie	x	x			x

Concernant **les facilitateurs**, trois ergothérapeutes sur quatre m'ont évoqué les relations avec les responsables de secteur qui favorisent la collaboration. E2 évoque également le fait de pouvoir aisément « *prendre rendez-vous et décider de faire une évaluation* » avec l'aidant professionnel.

Contrairement aux facilitateurs, **les obstacles** sont nombreux. Pour E1, le turn-over est une réelle difficulté dans sa pratique : « *je répète souvent la même chose aux arrivants ; refaire la même chose toutes les semaines c'est compliqué dans la collaboration : réexpliquer, remontrer...* ». Mais « *le fait qu'il n'y a pas de réunion pour les auxiliaires de vie : pas de moment où on peut vraiment discuter avec elles* » (E2) revient dans trois entretiens (E2, E3, E4).

E4 ajoute le fait que parfois les aidants professionnels « *se sentent dévaloriser par rapport au champ d'actions sur lesquels elles interviennent notamment par rapport aux activités domestiques, pour elles faire le ménage c'est dégradant mais sans elles le logement ne tient pas ; [ainsi que] la peur d'être jugée dans leur travail, et le manque de temps commun de réunion d'équipe* ». « *En fait on ne les connaît pas assez ; donc pas de lien de confiance entre professionnels ; à partir du moment où on connaît la personne on va mieux travailler avec elle* » (E4). De plus, « *elles [aidants professionnels] ne se rendent pas compte de l'importance de leur travail, de la qualité relationnelle et de la connaissance de la personne* » (E4) qu'elles maîtrisent.

❖ **Impact de la collaboration sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute :**

E1 nous dit que si les aidants professionnels n'étaient pas là : « *je pense que les informations ne remonteraient pas du coup ils ne m'appelleraient pas pour que j'intervienne* ». Pour E4, c'est « *la mine d'informations* » récoltée grâce à sa collaboration avec l'aidant professionnel qui impacte sa pratique. En effet, E4 explique : « *ça me permet d'affiner ce que je peux proposer voire de modifier ce que je propose parce que parfois entre ce que la personne va bien vouloir me dire lors de l'évaluation et que dans la réalité elle ne fonctionne pas vraiment comme ça ; le fait d'avoir l'aidant professionnel qui nous dit ce n'est pas vraiment comme ça* ».

Elle complète en disant : « *ça change aussi la manière de communiquer avec la personne âgée, d'utiliser des stratégies relationnelles pour pouvoir aborder différemment les préconisations et ce qu'on va mettre en place ; en sachant que [...] plus on va travailler en équipe, moins il y aura de refus de la personne* » (E4). Selon E4, « *parfois je peux avoir un refus de matériel, [...] et en discutant avec l'auxiliaire de vie, elle va savoir exactement comment là [la personne âgée] prendre, et puis finalement au bout d'un mois le tapis sera enlevé ; en fait l'auxiliaire de vie a pris le relais et ça il y a que leur relationnel qui permet ça* » (E4) ;

Concernant la **relation tripartite** personne âgée - aidant professionnel - ergothérapeute, E4 évoque le fait que « *nous on est sur du conseil donc même si on a notre relation, on y retourne plusieurs fois, on n'y retournera sûrement pas autant de fois que l'auxiliaire de vie qui est là depuis 3 ans ; leur relationnel il joue beaucoup ; en fait elles [aidant professionnel] ouvrent des portes quoi* » (E4).

« *Si tout le monde a conscience que le travail en équipe c'est la base de la réussite pour moi c'est gagner en fait et de l'importance de chacun dans l'accompagnement* » (E4).

Tableau 12 : Les besoins pour optimiser la collaboration interprofessionnelle :

	E1	E2	E3	E4	AP2
Besoins pour la collaboration	<p>Collaboration avec d'autres ergothérapeutes</p> <p>« Mettre en place des formations sur l'approche Montessori »</p>	<p>« Faire connaître la profession »</p>	<p>« Le temps d'échange avec les aidants professionnels »</p>	<p>« Les réunions d'équipes »</p> <p>« Meilleure connaissance des uns et des autres »</p>	<p>Que les ergothérapeutes se déplacent d'avantage au domicile</p> <p>Mieux connaître le rôle, les missions de l'ergothérapeute en SPASAD</p> <p>« Plus de rencontre, plus de communication et plus de formation »</p>

4) L'impact de la collaboration sur les performances occupationnelles de la personne âgée isolée

L'aidant professionnel AP2 évoque le fait qu'elle ait échangé sur l'installation d'une chaise percée proche du lit de la personne âgée et de barres d'appui dans ses WC ; la personne est à présent davantage continent. De plus, AP2 ajoute : « on faisait moins de change déjà ».

AP2 évoque aussi l'impact de l'intervention de l'ergothérapeute au domicile sur l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée. En effet, AP2 nous dit que l'ergothérapeute a préconisé « un déambulateur et un fauteuil roulant » à une personne, et grâce à cela la personne âgée se déplaçait seule.

Pour E1 E2 E3 et E4, l'évolution de **la performance occupationnelle** n'est pas évaluée par des bilans standardisés. En effet, E4 dit : « on n'a pas [...] d'échelle d'évaluation mais oui tu vois des évolutions très positives ; [...] A partir du moment où tout le monde va dans le même sens, la personne est plus rassurée, moins angoissée, et du coup on arrive à avoir une personne qui est motrice de sa propre vie ».

E1 nous précise qu'elle évalue l'impact de la collaboration par rapport aux retours qui lui sont faits : « Dans le cadre du SAAD, [...] c'est moi qui vais chercher les informations savoir si la personne maintenant qu'on a vu qu'elle pouvait préparer le café, qu'elle savait éplucher les légumes [...] savoir si elle aide lors de la préparation du repas [...] mais généralement après mon passage, il y a un impact positif et les auxiliaires de vie vont laisser faire ».

Pour E2 : « si on ne nous sollicite plus sur une situation c'est que certainement ça s'est amélioré mais on ne peut pas tellement en être sûr ». E3 va dans le même sens en disant : « en SAAD, je n'ai pas forcément l'occasion de mesurer l'impact de l'intervention ; en général, je suis appelée parce qu'il y a un problème et à la suite de mon intervention, si on ne me ressollicite pas sur la même chose, j'aurai tendance à dire qu'au moins je résous la situation problématique ».

Mais « évidemment la personne est au cœur de l'intervention et on parle de collaboration mais c'est d'abord une collaboration avec la personne ; il ne faut pas l'oublier parce que c'est elle avant tout qui nous guide avec son cheminement et puis ses capacités ; en fait ce qu'il faut jamais oublier la finalité ; des fois en équipes on a tendance à avoir chacun notre idée, et puis finalement on va tous être d'accord sauf que la personne âgée ne va pas nous suivre parce qu'elle est pas rendue là ; il faut vraiment partir de la personne âgée » (E4).

III. Discussion

1) Mise en lien des informations recueillies avec les données théoriques

J'ai souhaité présenter les résultats de l'enquête en faisant référence au modèle PEOP (personne-environnement-occupation-performance). L'analyse des données recueillies a permis de réfléchir à la place de la personne âgée dans la collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel et définir les différentes relations qu'elle entretient avec l'aidant professionnel et l'ergothérapeute.

D'abord nous avons vu que la collaboration, c'est avant toute chose mettre « **la personne** [...] *au cœur de l'intervention* » (E4). D'ailleurs le rapport « vivre chez soi » (2010) exprime également cette nécessité : « *la coordination de leurs interventions [des emplois d'aide à domicile] gagnerait à mieux prendre en compte la personne âgée, qu'il est nécessaire de placer au centre du processus de réponse aux besoins* ».

L'ergothérapeute doit dans un premier temps, recueillir les demandes de la personne elle-même, « *expert de son propre quotidien* » (art p.11 de la revue Ergothérapie n°70, 2018) et celles de l'aidant professionnel « *expert du quotidien* » (art p.11 de la revue Ergothérapie n°70, 2018), principal **environnement humain** de la personne lorsqu'elle est isolée. Selon le rapport Labarzee, il existe parfois des « *écarts entre l'évaluation des besoins réalisée par l'équipe médico-sociale du département et les demandes formulées par la personne accompagnée au service* ». En effet, l'aidant professionnel a parfois un regard « normé » sur la dépendance qui peut le conduire à standardiser son intervention en fonction de la lecture faite du besoin : « *une personne exprime une demande le plus souvent imprécise, la demande est transformée en besoin d'aide ou de soins, cette transformation passe d'abord par la législation, puis la reconnaissance du besoin d'aide* » (Hennard, 2003 ; Eric Trouvé, 2016).

L'ergothérapeute doit ainsi collaborer avec l'aidant professionnel pour intervenir au domicile, sans perturber les habitudes de vie, les besoins et **les occupations** de la personne âgée et répondre aux « *exigences d'une continuité de service à la personne [...] qui puisse s'adapter aux conditions d'autonomie évolutives* » de celle-ci (rapport vivre chez soi, 2010).

L'aidant professionnel est un allié pouvant guider l'ergothérapeute pour l'acceptation des modifications de son environnement par la personne âgée : « *l'ouverture et la volonté d'un usager de changer son environnement ou ses habitudes influencent également l'approche et les stratégies d'intervention de l'ergothérapeute* » (Prochaska et al., 1982 ; Trouvé E. 2016 p.228). Cette idée revient durant l'entretien de E4 qui nous dit : « *parfois je peux avoir un refus de matériel, [...] et en discutant avec l'auxiliaire de vie, elle va savoir exactement comment la [la personne âgée] prendre, et puis finalement au bout d'un mois le tapis sera enlevé ; en fait l'auxiliaire de vie a pris le relais et ça il y a que leur relationnel qui permet ça* » (E4). La relation thérapeutique entretenue est donc vraisemblablement à prendre en compte. E4 évoque le fait que l'ergothérapeute « *est sur du conseil donc même si on a notre relation, [...] on n'y retournera surement pas autant de fois que l'auxiliaire de vie* ».

E1 rencontre des difficultés dans sa collaboration avec les aidants professionnels car elles « *vont préparer les repas sans chercher à faire avec la personne* ». Pour rappel, Adant (1995) nous dit que l'autonomie est préservée lorsque la personne âgée décide qui fait, quand et comment l'assistance lui est fournie (Adant, 1995 ; Meyer S. 2013 p.118). L'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie par l'aidant professionnel doit être à mi-chemin entre le « *faire pour* » lorsque la réalisation de l'activité est impossible, « *faire avec* » lorsque la personne réalise l'activité avec aide et « *laisser faire* » lorsque les trois sphères personne-environnement-occupations sont équilibrées.

Figure 4 : De l'assistance à l'autonomie



Source : Une méthodologie scientifique pour l'ergothérapie : quelques réflexions iconoclastes ; Philippe Meeus (2008)

Mais nous ne sommes pas sans savoir que l'aidant professionnel, au cours de sa pratique, rencontre de nombreux obstacles comme la gestion des troubles « *du comportement, des troubles cognitifs et moteurs* » (E1) de la personne âgée, ou son environnement matériel parfois inadapté ou manquant (AP1), ne facilitant ni sa collaboration avec l'ergothérapeute, ni un accompagnement optimal auprès de la personne âgée isolée. En effet, une enquête de la Fondation Médéric Alzheimer montre que : « *72 % des services d'aides à domicile (SAAD, SSIAD) les interventions auprès des personnes atteintes de troubles*

cognitifs, plus compliquées car elles mobilisent davantage de temps, que celles pratiquées auprès d'autres personnes âgées. 82% estiment que les troubles du comportement sont la principale difficulté rencontrée par les intervenants, suivie de l'isolement social (58%) et le refus de l'aide pour la toilette (54%) ». L'intervention de l'aidant professionnel est donc souvent complexe, d'autant plus lorsque la personne âgée est isolée. Pourtant, cet instant d'échange est primordial pour leur participation sociale.

De plus, Labarzee G. ajoute dans son rapport « *Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile* » (2017), que le métier d'aidant professionnel souffre d'« *une mauvaise image* », de « *pénibilité du travail* », de « *précarité des emplois* », de « *temps de déplacements qui augmentent* » ; et que les interventions soit « *parfois minutées au quart d'heure* » (rapport Labazée, 2017, p.41se). AP1 ajoute également le fait d'être « *souvent seules lors des interventions* ».

De plus, Alain FRANCO dans le rapport « *vivre chez soi* » (2010), explique que « *les missions et tâches incombant à ces professionnels sont souvent mal définies, allant d'un travail d'aide-ménagère (entretien du logement, courses,...) jusqu'à la toilette, l'accompagnement des repas, la dispensation des médicaments – que ces professionnels soient suffisamment formés et préparés ou pas* ». E4 confirme ce constat : « *quand on dit à une auxiliaire de vie de gérer un change, de faire un transfert, elle se pose toujours la question de pourquoi ce n'est pas le soignant qui fait ça [...] comme j'ai l'impression que c'est flou au niveau de leur décret de compétences* ». Je m'interroge sur les conséquences d'un cadre juridique entourant leur profession parfois confus, sur l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie, et l'écoute active que se doit d'avoir chacun des professionnels travaillant quotidiennement auprès d'eux.

2) Retour sur l'hypothèse

Tout d'abord, rappelons la question de recherche : **En quoi la prise en compte de l'environnement humain par l'ergothérapeute a-t-elle un impact sur l'accompagnement de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie ?** De cette problématique découlait l'hypothèse suivante : **La collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel permet le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée.**

Le premier objectif d'enquête était de déterminer les contextes de collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel au sein d'une structure d'aide et de soins à domicile (SAAD/SPASAD). Dans un premier temps, je voulais connaître les outils de communication utilisés et la fréquence de rencontre et de collaboration entre ces deux professionnels.

Deux ergothérapeutes sur quatre (E2, E3) m'ont indiqué **collaborer en fonction de la demande**, peu régulièrement (E2) et plutôt à court terme (2/4) contrairement aux interventions en SSIAD qui permettent un accompagnement plus développé, et à plus long terme. Ceci s'explique par le financement de l'ARS, volet « soins », du poste de l'ergothérapeute E4 au sein du SPASAD et du SSIAD pour E3. Concernant les **outils de communication**, la demande d'intervention est la plupart du temps indirecte puisque l'aidant professionnel avertit le responsable de secteur d'une difficulté, puis ce dernier transfère la demande, si elle est jugée pertinente, à l'ergothérapeute. Pour autant, certaines ergothérapeutes (2/4) donnent leur numéro de téléphone pour faciliter les échanges. De plus, des classeurs de transmissions (3/4) permettent aux ergothérapeutes de présenter les aides techniques mises en place, parfois des fiches d'utilisation et leurs préconisations.

Ensuite j'ai cherché à différencier les espaces de rencontres et d'interactions, au sein de la structure et **les lieux de collaboration** entre le patient, l'ergothérapeute et l'aidant professionnel. L'ancienne secrétaire d'état chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, Laurence Rossignol a, en 2014, annoncé lors d'une visite officielle, au sein d'un SPASAD encore en expérimentation, vouloir « *décloisonner et permettre qu'une personne soit l'objet d'une prise en charge globale [...]* » grâce à la loi ASV. Pourtant, les deux services demeurent cloisonnés même lorsqu'ils sont dans des locaux identiques (3/4).

Des formations sont organisées au sein des structures permettant de réels échanges entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel mais également avec les autres professionnels du SPASAD (1/4). Cette expérience, au-delà de la formation en elle-même permet de créer une réelle confiance professionnelle, et résoudre des situations complexes lors de l'utilisation d'aides techniques ; elle permet également d'échanger sur ses expériences, ses interrogations, sa vision de la profession et développer ses connaissances sur le métier d'ergothérapeute et les demandes d'intervention pouvant être faites. Mais les ergothérapeutes demeurent unanimes, il manque un temps de transmissions régulier avec les aidants professionnels (2/4 + AP2).

J'ai voulu également connaître **l'impact de la collaboration** dans leur pratique professionnelle respective. L'ergothérapeute contribue à résoudre des situations complexes pour l'aidant professionnel, mais en contrepartie, ce dernier apporte une « *mine d'informations* » (E4) aux ergothérapeutes lors de l'évaluation des besoins de la personne âgée isolée, au domicile. L'aidant professionnel permet également dans certaines situations, une meilleure acceptation des aménagements proposés par l'ergothérapeute. C'est au regard des différents éléments apportés, que nous pouvons affirmer que ce **premier objectif est validé**. Malgré de nombreux obstacles, la collaboration est bien présente ; mais des améliorations sont tout de même à prévoir pour optimiser cette relation interprofessionnelle centrée sur la personne âgée en perte d'autonomie : organisation de temps d'échange et de transmissions

hebdomadaires, clarification du référentiel de compétences des aidants professionnels en fonction de leur poste (agent, employé à domicile, DEAVS, DEAMP, DEAES), développer l'attractivité de l'emploi pour limiter le turn-over entre autres.

Dans un second temps, l'objectif était de vérifier l'impact de la collaboration dans le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée. Durant cette enquête, j'ai cherché à mieux comprendre les caractéristiques de la collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel au sein d'un service SAAD/SPASAD.

D'abord la place de l'aidant professionnel dans l'accompagnement ergothérapeutique de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie est indéniable pour chacun des ergothérapeutes interrogés (4/4). L'aidant professionnel est « *la seule personne qui va pouvoir nous faire remonter les informations sur le quotidien de la personne, sur ses capacités, sur comment ça se passe réellement au domicile* » selon E2. Je m'interroge ici sur la place de l'aidant professionnel au-delà du simple recueil d'informations. Il est souvent l'origine du signalement et contribue à débiter la collaboration. Mais l'aidant professionnel communique la demande, la plupart du temps en passant par le responsable de secteur, cela peut-il nuire à la collaboration ?

Les évaluations sont, on l'a vu précédemment, le plus souvent non standardisées. L'aidant n'est pas impliqué lors des entretiens : « *une partie de mon temps [l'aidant professionnel est présent] parce que l'autre partie c'est une partie évaluation et parfois l'aidant professionnel parle « à la place de » ; pour limiter ça [...] je fais une demi-heure avec l'aidant professionnel et une demi-heure, une heure avec la personne* » (E1). Pouvons-nous dire que la collaboration est incomplète ?

Récemment des bilans comme l'AMPS ou le COTID ont été créés pour répondre à un besoin d'évaluations écologiques au domicile. L'AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) signifie « évaluation des aptitudes motrices opératoires ». C'est une évaluation validée, qui comprend 125 tâches de vie quotidienne, « *support de mises en situation à partir desquelles l'ergothérapeute va pouvoir mesurer avec précision la qualité de performance motrice, opératoire (organisation et savoir-faire dans la réalisation des tâches), et adaptative* » des personnes (ANFE, 2017). **Le programme COTID** est la traduction française du programme néerlandais EDOMAH signifiant « *Ergothérapie à Domicile auprès des Personnes Âgées atteintes de Démence et auprès de leurs Aidants* » (M. Graff et al. L'ergothérapie à domicile auprès **des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants** : Le programme COTID, p.13)

Mais effectivement, il n'existe pas à ce jour d'évaluation écologique standardisée impliquant l'aidant professionnel de la personne. Par ailleurs, l'espace de collaboration ne pourrait-il pas être élargi à la rédaction conjointe de compte-rendu d'évaluation ?

E2 précise également que l'accompagnement des personnes âgées isolées, en perte d'autonomie est « *souvent un accompagnement très lourd, avec des auxiliaires de vie qui sont complètement épuisés par ces situations* ». Nous voyons ici l'importance de travailler en équipe et partager ses expériences pour un accompagnement cohérent et adapté aux besoins, aux désirs, aux capacités et aux habitudes de vie de la personne. D'ailleurs le dispositif PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), étendue sur tout le territoire depuis 2016, a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans. Il doit permettre entre autre, de renforcer le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, d'améliorer la coordination des intervenants et de sécuriser les sorties d'hospitalisation via la mobilisation coordonnée des services types SAAD/SPASAD.

Ensuite, j'ai souhaité mesurer l'impact de la collaboration sur les performances occupationnelles de la personne âgée isolée et en perte d'autonomie. Les ergothérapeutes interrogées (4/4) ne réalisent pas de bilans standardisés pour évaluer l'évolution de la performance occupationnelle de la personne âgée à la suite de leur intervention. Nous ne pouvons donc pas certifier, par des données échelonnées, du maintien des performances occupationnelles suite à la collaboration de l'ergothérapeute avec l'aidant professionnel. Toutefois, la collaboration a permis de faciliter l'accompagnement pour AP2 qui nous dit : « *on faisait moins de change déjà* », grâce à l'installation d'une chaise percée. De plus, l'achat d'un déambulateur entre autre, a permis à la personne âgée concernée de se déplacer seule. La collaboration a donc bien un impact positif sur l'autonomie, l'indépendance et les performances occupationnelles de la personne qui est non négligeable car elle développe sa capacité de prévoir et de choisir, d'accepter ou de refuser en fonction de son jugement. La personne est également capable de réaliser seule ou avec l'accompagnement de l'aidant professionnel, ses occupations, dans son environnement matériel. En effet, selon E4 : « *si tout le monde va dans le sens de l'autonomie et du bien-être de la personne, [...] la personne reprend confiance en elle, et va aller vers l'autonomie, [...] et on voit des résultats spectaculaires* ».

Au vu des résultats de l'enquête, nous ne pouvons **valider que partiellement ce second objectif**. On peut s'accorder à dire que **l'hypothèse est également validée partiellement**.

3) Intérêts et limites de l'enquête

Concernant **la méthodologie d'enquête**, le nombre d'entretiens réalisés est trop exhaustif en ce qui concerne les aidants professionnels. J'ai rencontré des difficultés à échanger avec eux, car j'étais contrainte à attendre la transmission de la demande de l'ergothérapeute puis la validation des responsables de secteur. De plus, j'ai conscience de ne pas avoir eu suffisamment de retours d'expérience pour comparer les pratiques des aidants professionnels travaillant en collaboration avec des ergothérapeutes ou non. Enfin, l'expérience professionnelle des ergothérapeutes E1 et E2 est

insuffisante. Il aurait été pertinent de préciser une expérience professionnelle supérieure à deux ans dans les critères d'inclusion de l'enquête.

Au sujet de **la réalisation de l'enquête**, j'ai rencontré, lors des entretiens, plusieurs difficultés ayant pu altérer les résultats de l'enquête. En effet, j'ai réalisé pour chacun des entretiens, des grilles d'entretien semi-directifs destinées aux ergothérapeutes et aux aidants professionnels. J'ai construit les outils selon plusieurs thèmes. Je me suis rendu compte qu'au fil des entretiens j'avais tendance à vouloir approfondir les réponses des personnes interviewées. Parfois je ne suivais plus mon guide d'entretien scrupuleusement, ce qui conduisait à des questions orientées par mégarde. J'ai donc involontairement influencé les réponses des individus interrogés.

De plus certaines questions posées étaient redondantes. Prenons l'exemple des questions suivantes : « *Que vous apporte la collaboration dans l'exercice de votre pratique professionnelle ?* » et « *Cette collaboration a-t-elle un impact sur l'évaluation ergothérapique, sur la rédaction du diagnostic ergothérapique et de la mise en place d'un plan d'intervention pour une approche centrée sur la personne ?* ».

Ensuite, lors de l'analyse, je me suis aperçue que certaines informations m'ont échappé. J'ai donc complété certains tableaux avec la mention NR* (non renseigné), afin d'analyser, malgré tout, les autres réponses fournies. Finalement, j'aurais pu compléter ces entretiens en organisant :

- Une table ronde réunissant un ergothérapeute, un responsable de secteur et un/des aidant(s) professionnel(s).
- Une observation d'une intervention de l'ergothérapeute au domicile d'une personne âgée isolée, en perte d'autonomie accompagné de l'aidant professionnel
- Un entretien d'une personne âgée isolée ayant rencontré un/une ergothérapeute et ayant pu observer la collaboration avec l'aidant professionnel
- Un entretien auprès d'un ergothérapeute travaillant en libéral afin de comparer la collaboration avec un aidant professionnel

CONCLUSION

L'augmentation du nombre de personnes âgées est devenue ces dernières années un « véritable défi démographique » (Libault D., 2019). En mars 2019, le rapport sur la concertation « Grand âge et Autonomie » a permis de proposer des orientations au vu de la création d'un projet de loi à ce sujet.

Selon ce même rapport, en 2015 environ 1 459 000 personnes, de 60 ans et plus, vivant à domicile étaient en perte d'autonomie (DREES, rapport « grand âge et autonomie », 2019). Ainsi sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie dont 2 de façon sévère. La perte d'autonomie est donc un risque social majeur et un réel enjeu de santé publique. La personne est privée de ses occupations, ses habitudes de vie sont bouleversées, son environnement matériel est inadapté. Son bien-être et sa qualité de vie en sont impacté. L'ergothérapeute a toute sa place dans le maintien de l'autonomie de la personne âgée au domicile puisque son objectif est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2019).

Par un accompagnement écologique et systémique, il va pouvoir prévenir les impacts des déficiences cognitives, motrices, psychiques de la personne sur son quotidien par le maintien de ses performances occupationnelles et de sa participation sociale.

En effet, l'isolement social des personnes âgées est à la fois une cause et une conséquence indéniable de la perte progressive de l'autonomie. Lorsque l'environnement familial, social de la personne est géographiquement perturbé, ou absent, la personne se retrouve seule chez elle. L'aidant professionnel est donc bien souvent l'un des seuls environnements humains dans le quotidien de la personne âgée isolée (Magalie Bonnet et Jean-Pierre Minary, « L'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées : les conditions d'une relation d'intimité professionnelle », 2004).

Plus de 50% des 75 ans et plus reçoivent une aide professionnelle régulière à domicile en 2011 (DREES études et résultats n°771, nov 2011). L'aidant professionnel connaît les habitudes de vie et les besoins de la personne. Une relation de confiance s'installe au fur et à mesure de l'accompagnement. La création en 2015 des SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile), à la suite de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, a permis la collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel, pour maintenir à domicile de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie.

Dans ce mémoire, j'ai cherché à prouver l'hypothèse suivante : **La collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel permet le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée.** L'analyse des résultats de l'enquête menée auprès de ces deux professionnels a montré qu'au sein des structures SAAD ou SPASAD, la collaboration rencontre de nombreux freins. Cependant l'aidant professionnel est un interlocuteur privilégié pour l'évaluation ergothérapique, l'acceptation des préconisations de l'ergothérapeute et la résolution des problématiques que rencontre l'aidant professionnel au domicile. Cette collaboration a également un impact sur les

performances occupationnelles car elle permet de développer l'autonomie et l'indépendance au travers de l'engagement de la personne âgée isolée dans ses occupations, de l'adaptation de son environnement et du développement de sa participation sociale. Mon hypothèse est donc partiellement validée, n'ayant pu mesurer par des données chiffrées, probantes l'impact de la collaboration sur les performances occupationnelles de la personne âgée.

Enfin, j'ai pris conscience, au fil de l'enquête, de l'importance des formations proposées par les ergothérapeutes. Une des ergothérapeutes (E1) propose aux aidants professionnels la méthode Montessori pour conserver voire développer l'autonomie de la personne âgée accompagnée. La phrase clé de la méthode est « *Aide-moi à faire seul* ». « *Avec l'approche Montessori, on entre dans un tout autre paradigme qui va considérer les « troubles » du comportement comme une réponse de la personne à ce qu'elle vit, un langage émotionnel, une façon d'exprimer un besoin non satisfait* » (Nathalie Favre, l'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs, « *Jusqu'à la mort accompagner la vie* », 2017). Par cette approche, l'accompagnement de l'aidant professionnel passe d'une posture passive qui est « faire à la place de » la personne, à un positionnement permettant à la personne « *d'interagir positivement dans un milieu adapté [...] en s'engageant dans des activités correspondant à leurs possibles. Ce faisant, elles pourront retrouver un sentiment de dignité et d'autonomie [...]* » (Nathalie Favre, 2017). L'usage collaboratif de cette méthode va être un outil particulièrement intéressant pour accompagner la personne âgée isolée dans une approche « *person-centered* » (Carl Rogers, 1951). Elle va permettre une réelle participation de cette dernière, dans l'élaboration de son projet de vie à domicile et dans le maintien de ses performances occupationnelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abidh, L. (2003). *Isolement et solitude des personnes âgées : Enquête à Nevers en EHPAD et au domicile dans le cadre des demandes d'allocation personne autonomie.*
- ANFE. (2017, nov). *AMPS - Définition.* Récupéré sur ANFE:
<https://www.anfe.fr/component/content/article/12-l-anfe/ce-que-fait-l-anfe/245-amps>
- Antoine, J. (2003). Un très bon public « cible » pour le marketing. . *Gérontologie et société, vol. 26,* 279-289.
- Aquino, J. (2008). *Le plan national « bien vieillir ».* *Gérontologie et société, vol. 31.* p. 39-52.
- Assurance Maladie. (28 janvier 2019). *Rapport annuel 2017 de l'Assurance Maladie – Risques professionnels.* Récupéré sur assurance-maladie.ameli.fr: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-reference/assurance-maladie-risques-professionnels/rapports-annuels>
- Aubert, P. (2012). *Les âges de sortie d'activité.* *Revue française des affaires sociales.* p.79-83.
- Bass, J., Baum, C., & Christiansen, C. (2015). *Occupational Therapy: Performance, Participation, Well-being . Interventions and outcomes: The Person-Environment-Occupational Performance (PEOP) Occupational Therapy Process.* SLACK incorporated.
- Bizzini, L. (2007). *L'âgisme: Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence.* *Gérontologie et société, vol. 30 .* p.263-278.
- Blanchet, A. &. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien.* Armand Colin.
- Bonnet, M. &. (2004). L'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées : les conditions d'une relation d'intimité professionnelle. *Connexions n°81,* 91-109.
- Bourdelaïs, P. (1993). *Le nouvel âge de la vieillesse.* Paris: Ed Odile Jacob.
- Bressé, S. (2003). L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées. *Retraite et société, no 39,* 119-143.
- Caire J-M ; Seene M,. (2008). Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. *L'évaluation écologique.*
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (Dec 2017). *Accompagnement des proches aidants.*
- Cavalli, S. B. (2002). Les événements marquants du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion : une analyse longitudinale. *Gérontologie et société, vol. 25,* 137-151.
- Centre d'observation de société. (24 janvier 2019). *L'espérance de vie progresse moins vite.* Récupéré sur Centre d'observation de société:
<http://www.observationsociete.fr/population/evolution-esperance-de-vie.html>
- CNRTL. (s.d.). *Définition de "Maintenir".* Récupéré sur CNRTL:
<https://www.cnrtl.fr/definition/maintenir>
- CNSA. (Janv 2008). *Guide d'utilisation : Modèle "AGGIR".*

- Combessie, J. (2007). L'entretien semi-directif. *La méthode en sociologie* (p. 24-32). La Découverte.
- Combessie, J. (2007). Sondages, échantillons. *La méthode en sociologie* (p. 45-54). La Découverte.
- Comité avancée en âge, p. e. (2013, 02). *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. Récupéré sur Pour bien vieillir:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000175.pdf>
- Coutton, V. (2011). *Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR): une tentative en France avec la grille agir. Gérontologie et société, vol. 24.* p. 111-129.
- CSA. (Juin 2016). *Le domicile, un enjeu citoyen ?* Etude n°1600194.
- D'amour, D. (Déc 1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de sante de premiere ligne au Québec.* p.25.
- Définition de l'ergothérapie.* (2019). Récupéré sur ANFE: <https://www.anfe.fr/definition>
- Désesquelles Aline, B. N. (2003). Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population, 58^e année, n°2*, p. 201-227.
- Devetter, F. &. (2013). Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : Conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. . *La Revue de l'Ires, 78(3)*, 51-76.
- Djaoui, E. (2004). *Intervenir au domicile.* Rennes: Editions ENSP.
- DREES : Etudes et résultats, N. S. (Aout 2011). *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile.*
- DREES. (2011). *Données individuelles APA et ASH.*
- DREES. (publié le 23.10.14 ; mise à jour 15.02.19). *L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux.*
- Dreyer P, Ennuyer B. (2007). *Quand nos parents vieillissent : Prendre soin d'un parent âgé.* Autrement.
- Dubois, B. (2004). *Le réseau, au risque de l'interprofessionnalité.*
- Ennuyer, B. (2003). Les aides à domicile : une profession qui bouge: Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale. *Gérontologie et société, vol. 26*, 135-148.
- Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile: Enjeux, acteurs, organisation.* Paris: Dunod.
- Enquête "Panel de branche", 2. (2014). Dans d. I. Ministère du travail, *Synthèse prospective emploi - compétences : Aide, accompagnement, soins et services à domicile.*
- Esbens C., Le Pironnec J. et Vasse Y-M. (2018). Favoriser l'occupation au domicile : la nécessaire collaboration avec les aidants professionnels. *Revue Ergothérapie N°70*, 7-14.
- Espérance de vie - Mortalité.* (2017, 03). Récupéré sur INSEE:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>

- Fondation Méderic Alzheimer. (avril 2011). Ergothérapeutes et maladie d'Alzheimer. *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la Maladie d'Alzheimer n°19*.
- FRANCO, A. (Juin 2010). *Rapport de la mission "vivre chez soi : autonomie, inclusion et projet de vie"*.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Paris: Editions du Seuil.
- Gaymu, J. Springer, S. (2012). Vivre seul ou en couple : quelle influence sur la satisfaction de la vie des hommes et des femmes âgés en Europe ? *Population*, vol. 67, 45-74.
- GEREG (Groupe d'étude et de recherche en Gérontologie). (2015 - 2017). *Bilan Modulaire d'Ergothérapie : Module Habitat et Mode de vie*.
- Gorman M. (1999). *Development and the rights of older people ; the ageing and development report : poverty, independance and the world solder people*.
- Gorman, M. (1999). *The ageing and development report. Poverty, independence and the world's older people : Development and the rights of older people*. London, England: Judith Randel, Tony German and Deborah Ewing, Earthscan Publications.
- Haut conseil de la famille, d. l. (nov 2018). *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*.
- Haute autorité de santé. (2015). *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires Note méthodologique et de synthèse documentaire*.
- Haute autorité de santé. (2018). *Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte*.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023.
- Inserm. (2007). *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Paris: Les éditions Inserm.
- Jaeger, M. (2012). Le continuum aidants informels– aidants professionnels. *Vie sociale*, n°4, 97-110.
- Jean-Philippe, G. (1999). Interprofessionnalité ou interprovidence ? *Journal d'ergothérapie*, p. 8.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. (Sept 1963). Studies of illness in the aged : The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 914-919.
- Kosremelli Asmar M, Wacheux F., (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. Beyrouth.
- L'évolution des perceptions et de la satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)* . (2012, 07). Récupéré sur inpes.santepubliquefrance.fr: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/deoma/pdf/fr/rapport-maia.pdf>
- La Fondation de France. (2016). *Les solitudes en France*. Une étude réalisée par la Fondation de France avec la collaboration du CREDOC.
- La Fondation des petits frères des pauvres. (sept 2017). *Solitudes et Isolement : Quand on a plus de 60 ans en france en 2017*.

- LABAZÉE, G. (2017). *Mission relative a la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement a domicile.*
- Laroque, P. (1962). *Rapport Laroque.*
- Law, M. (2016). Dans T. E, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités.* De Boeck Sup.
- Lawton, M.P; Brody, E.M; Waintraub, Traduction française: L. Israël et L. (s.d.). *Les activités instrumentales de la vie quotidienne (instrumental activities of daily living).*
- Legifrance. (s.d.). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute .* Récupéré sur Legifrance:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>
- Legifrance. (s.d.). *article R245-7 du Code de l'action sociale et des familles.* Récupéré sur Legifrance:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000018782122>
- Legifrance. (s.d.). *Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1.* Récupéré sur Legifrance:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797382>
- Legifrance. (s.d.). *LOI n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites .*
- Legifrance. (s.d.). *LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.*
- Les métiers.* (s.d.). Récupéré sur Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles:
<http://www.una.fr/3847-S/les-metiers.html>
- Libault, D. (Mars 2019). *Concertation Grand âge et autonomie.*
- LIEFFROY K ; BRETECHER C ; LE GAC A-L. (2006). L'ergothérapie dans les services parisiens d'aides et de soins à domicile. *Revue Ergothérapies n°23*, 39-50.
- Lisiane, F. (2009). *Guide Néret pour les personnes handicapées.* Liaisons.
- Llegifrance. (s.d.). *Art. L. 7232-1 du code du travail.* Récupéré sur Legifrance:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006904695>
- M. Graff, M. Thijssen, M. Van Melick, P. Verstraten et J. Zajec,. (2013). *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : Le programme COTID.* De Boeck Solal.
- Meeus, P. (2008). *Une méthodologie scientifique pour l'ergothérapie : quelques réflexions iconoclastes.*
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation.* De Boeck Solal.
- Ministère des affaires sociales, d. l. (Janv 2016). *La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.*
- Ministère des solidarités et de la santé. (publié le 09.05.17 ; mise à jour 27.09.18). *Le dispositif Paerpa.* Récupéré sur solidarites-sante.gouv.fr: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de->

sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa

- Nathalie Favre. (2017). L'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*.
- OCIRP. (2017). *Quelle autonomie demain ?*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport mondiale sur le vieillissement et la santé*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (s.d.). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project*. Récupéré sur WHO:
<https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Pour bien vieillir. (s.d.). Récupéré sur <http://www.pourbienvieillir.fr/>
- Projections de population à l'horizon 2070*. (2016, 11 03). Récupéré sur INSEE:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
- Raymond E, Gagné D, Sévigny A, Tourigny A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Québec.
- Répertoire national des certifications professionnelles. (s.d.). *certifications professionnelles des services à la personne de niveau V*. Récupéré sur rncp: <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/>
- Rogers, C. (1951). *Client-centered Therapy*. London: Constable.
- Santé publique France, D. S. (Mars 2018). Dossier : Promouvoir la participation sociale des personnes âgées . *La santé en action n°443* ;, 8-43.
- Serfaty-Garzon Perla. (2004 (1er ed)). Chez soi : Les territoires de l'intimité (p.64). Dans E. Djaoui, *Intervenir au domicile* (p. 8). Ecole Des Hautes Etudes En Santé Publique.
- Trillard, A. (2012). *Penser les mesures de prévention en faveur du « bien vieillir »*. *Gérontologie et société*, vol. 35. p. 19-25.
- Trouve, E. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck Sup.
- URCAM, L. g. (s.d.). *Le test Tinetti*.
- Valarcher-Labarre, C. (2014). Relation d'aide et identité : ensemble nous sommes. . *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 67-72.
- Vallée, C. P. (2009). *Plan d'action québécois en santé mentale : contextes de mise en oeuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de co*. Québec: Revue Santé mentale au Québec.
- Van Campenhoudt, L. &. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, 4e ed.

TABLES DES ANNEXES

Annexe I : Référentiel de compétence, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, la compétence 9 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ...II

Annexe II : Référentiel d'activité, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute :
Activité 6 « Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information » ; Activité
9 « Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.....III

Annexe III : Autorisation d'exploitation des données enregistrées.....V

Annexe IV : Guide d'entretien des ergothérapeutes...VI

Annexe V : Retranscription de l'entretien auprès de l'ergothérapeute E1 (28.03).....VIII

Annexe VI : Guide d'entretien des aidants professionnels.....XVII

Annexe VII : Retranscription de l'entretien auprès de l'aidant professionnel (25.04)..... ;XIX

1. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale.

2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents.

3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie.

4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie.

5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur.

6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques.

7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels.

8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités.

9. Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

Annexe II : Référentiel d'activité, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute :
Activité 6 « Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information » ; Activité
9 « Formation et information des professionnels et des futurs professionnels »

6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information

Principales opérations constitutives de l'activité

Planification des activités et des soins :

- définition, formalisation et rédaction d'un programme personnalisé d'intervention ;
- rédaction d'un cahier des charges ;
- planification et organisation de l'intervention.

Préparation et organisation de chaque intervention :

- recueil du consentement aux soins ;
- explication sur la nature de l'intervention (consignes spécifiques) ;
- préparation des conditions ergonomiques et relationnelles de l'intervention en tenant compte de la personne, du matériel, de l'activité et de l'environnement ;
- mise en place de l'activité et surveillance des conditions de réalisation des séances.

Enregistrement et transmission des données :

- enregistrement et transmission de données cliniques et administratives ;
- énoncé et transcription des acquis en clôture des interventions ;
- enregistrement d'informations sur logiciels informatiques dédiés ;
- transmission d'informations orales et écrites aux médecins et aux professionnels concernés pour un suivi de la prise en charge ;
- rédaction et transmission d'informations à la personne, à l'entourage et à l'institution concernée ;
- enregistrement et transmission de données spécifiques à la gestion des risques et aux procédures de vigilance sanitaire (matéριο-vigilance...) ;
- enregistrement, transmission et vérification des données de traçabilité spécifiques à certaines activités.

Coordination des activités et suivi des parcours de soins et des plans d'intervention :

- échanges d'information avec les partenaires ;
- coordination interprofessionnelle des interventions et de leurs diverses modalités (réunions de service, coordination des soins à domicile...) ;
- coordination des activités et des interventions entre les différents établissements sanitaires, sociaux, et médico-sociaux, le domicile, les réseaux de soins ou de santé...

Interventions en réunion institutionnelle :

- interventions lors de réunions de travail ou institutionnelles, en réunion de synthèse ou de transmission entre équipes
- préparation de synthèses cliniques.

9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels

Principales opérations constitutives de l'activité

Mise en œuvre d'un projet de formation :

- conduite de séquences de formation dans le cadre d'unités d'enseignement ;
- réalisation d'interventions sur la santé, l'activité et l'ergothérapie ;
- réalisation de séances de suivi pédagogique ;
- démonstration de soins et d'activités réalisés dans un but pédagogique ;
- information, conseil et formation en santé publique.

Accueil, accompagnement des étudiants et de nouveaux professionnels :

- délivrance d'informations et de conseils aux stagiaires ou aux nouveaux professionnels ;
- rédaction de documents de présentation du service et des activités proposées ;
- rédaction d'un projet ou d'un protocole d'encadrement ;
- suivi des étudiants dans leur processus d'apprentissage.

Conseil et formation dans l'équipe de travail :

- présentation de l'activité thérapeutique, de l'utilisation des outils et des bonnes pratiques de l'ergothérapie ;
- conseils et informations aux membres de l'équipe pluriprofessionnelle ;
- réajustement d'activités réalisées par des stagiaires ou des nouveaux professionnels en vue d'apprentissage.

Contrôle des prestations des stagiaires :

- accompagnement et évaluation au quotidien dans l'ensemble des situations professionnelles ;
- renseignement des documents de suivi ;
- lecture et correction de travaux écrits de stagiaires ou de professionnels en formation ;
- participation à des jurys d'évaluation ;
- contrôle de prestations au cours des mises en situation professionnelle ;
- contrôle du niveau d'acquisition des compétences ;
- accompagnement du projet professionnel.

Autorisation d'exploitation des données enregistrées

Je soussigné(e),, donne à Pauline GUHENNEC, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Créteil, l'autorisation d'utiliser les informations recueillies et enregistrées lors de l'entretien du .././19. Ces enregistrements anonymisés, lui permettront d'analyser vos réponses afin d'apporter des informations supplémentaires pour l'élaboration de son mémoire d'initiation à la recherche, en vue de l'obtention de son diplôme d'état d'Ergothérapeute.

Date :

Signature :

Annexe IV : Guide d'entretien des ergothérapeutes

Présentation :

Bonjour,

Je m'appelle Pauline GUHENNEC, et je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche à évaluer l'impact de la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel dans le maintien à domicile de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie.

J'aimerais au travers de cet entretien comprendre votre point de vue, votre ressenti et votre expérience à ce sujet.

Je tiens à vous rappeler que cet entretien est enregistré et anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom.

Informations sur le parcours de la personne interrogée

Pouvez-vous vous présenter ? (âge, situation familiale, activité professionnelle)

Depuis quand travaillez-vous comme ergothérapeute ?

Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ? Pouvez-vous m'en dire plus sur le type de structure ?

Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de votre profession ? si oui, lesquelles ?

Caractéristiques de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie et son accompagnement

Quelles sont les caractéristiques du public ?

Comment débute votre intervention au domicile d'une personne âgée ?

Quel type d'évaluation réalisez-vous ? Avez-vous des outils ?

Comment se déroule la suite de l'accompagnement ?

- Mises en situation
- Compte-rendu ?
- Plusieurs visites ?
- ...

Rencontrez-vous des personnes âgées isolées (personne ayant peu d'interaction avec d'autres personnes au quotidien) ?

Comment qualifieriez-vous votre accompagnement avec ces personnes âgées isolées ?

Modalités de rencontre entre l'aidant professionnel et l'ergothérapeute

Comment définissez-vous la collaboration interprofessionnelle au cours de votre pratique professionnelle ?

Avez-vous déjà eu l'occasion de rencontrer les aidants professionnels travaillant au sein de votre structure, au domicile ? {Formelle/Informelle}

Quand avez-vous l'occasion de la/le rencontrer et d'interagir avec elle/lui ? Fréquence ? Comment ? {E+AP}

Quand avez-vous l'occasion de collaborer ? Comment ? {E+AP+PA}

Pourriez-vous me définir les facilitateurs et les obstacles à cette collaboration interprofessionnelle ?

Que vous apporte la collaboration dans l'exercice de votre pratique professionnelle ?

Cette collaboration a-t-elle un impact sur l'évaluation ergothérapique, sur la rédaction du diagnostic ergothérapique et de la mise en place d'un plan d'intervention pour une approche centrée sur la personne ?

Avez-vous des besoins particuliers pouvant optimiser cette collaboration ?

Impact de la collaboration sur l'autonomie de la personne âgée isolée

À la suite de cette collaboration, avez-vous observé une évolution dans la performance occupationnelle de la personne ? {terme à définir}

- Impact sur sa capacité de prévoir et de choisir, d'accepter ou de refuser en fonction de son jugement
- Impact sur la réalisation de ses activités en autonomie
- Impact sur votre accompagnement dans la réalisation des activités de la vie quotidienne
- Impact sur la participation sociale de la personne (pouvoir interagir avec son environnement)

Avez-vous des éléments à ajouter ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe V : Retranscription de l'entretien auprès de l'ergothérapeute E1 (28.03)

Pauline : Bonjour, je m'appelle Pauline GUHENNEC, et je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche à évaluer l'impact de la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel dans le maintien à domicile de la personne âgée isolée en perte d'autonomie. J'aimerais au travers de cet entretien comprendre votre point de vue, vos ressentis et votre expérience à ce sujet. Je tiens à vous rappeler que cet entretien est enregistré et anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom.

Est-ce que vous pouvez vous présenter : votre âge, votre activité professionnelle, etc. ?

Ergothérapeute 1 : J'ai 25 ans je suis diplômée depuis 2016, euh j'ai d'abord travaillé en équipe spécialisée Alzheimer pendant un an et j'ai travaillé 10 mois dans un EHPAD et depuis septembre je travaille comme ergothérapeute pour un SPASAD

P : D'accord, est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur le type de structure ?

E : Euh du coup le SPASAD il regroupe un service d'aide à domicile, un service de soin infirmier à domicile et je travaille également pour l'équipe spécialisée Alzheimer à domicile ; je travaille pour les trois structures en même temps

P : D'accord ; Donc est ce que vous avez eu l'occasion de rencontrer des difficultés dans l'exercice de votre travail ?

E : Euh oui (rires)

P : Alors lesquelles dites-moi ?

E : Bah déjà dans l'investissement du personnel, euh le turn over qu'il y a dans les aides à domicile et les soignants

P : Oui

E : Et et après...

P : Qu'est-ce que vous entendez par l'investissement du personnel ?

E : Bah elle euh ... elles ne veulent pas faire plus à domicile que ce qui est écrit sur leurs fiches de poste

P : D'accord

E : Elles y vont pour la préparation repas elles vont préparer les repas sans chercher à faire avec la personne ce genre de chose

P : D'accord, donc justement est ce que vous pouvez me définir les caractéristiques du public que vous rencontrez dans votre structure ?

E : Alors nous on a la particularité d'être en SPASAD personne âgée, personne handicapée

P : D'accord

E : Du coup ouai ça va de vingt ans à cent et quelques années

P : D'accord

E : Et après on est principalement sur la personne, fin sur une euh sur un public de personnes âgées avec des troubles euh cognitifs et du comportement en lien avec ma fonction d'ergothérapeute en équipe spécialisée Alzheimer

P : Oui tout à fait avec également des limitations motrices ?

E : Euh, parfois... bah oui mais le physique est plus en lien avec le SSIAD et le SAAD

P : Comment débute votre intervention au sein du SPASAD justement auprès de personnes âgées ?

E : Alors euh pour l'ESA c'est sur prescription médicale

P : D'accord

E : C'est la famille qui m'appelle directement et qui me dit faudrait une visite à domicile et mettre en place des séances et euh pour le SSIAD c'est à la demande de l'équipe enfin le SSIAD et le SAAD

P : D'accord

E : donc euh j'interviens que à la demande de l'équipe

P : Est-ce ce sont les aides domiciles qui viennent vers vous directement ?

E : Après ce sont les responsables de secteur et les infirmières

P : D'accord

E : Enfin non les aides à domicile elles ne me sollicitent pas trop enfin en fait je suis dans une grosse structure

P : D'accord

E : Il y a 250 employés

P : Ah oui effectivement

E : Donc euh les aides à domicile elles ne me connaissent pas forcément et c'est moi qui vais me présenter au domicile quand l'aide à domicile est là par exemple

P : D'accord donc quand vous arrivez au domicile quels sont les évaluations que vous réalisez ? Est-ce que vous avez des outils particuliers d'évaluation ?

E : alors dans le cadre de ... je vais dissocier l'ESA et les SSIAD/SAAD euh en ESA on fait un « GIRAGE » et euh on va faire le MMS

P : D'accord

E : C'est la principale évaluation que l'on utilise et dans le SSIAD/SAAD tout dépend de la personne outre le « GIRAGE », on fait un TINETTI parfois

P : Oui

E : Et aussi IADL/IADLE euh la BEN 87 pour les troubles cognitifs je fais une évaluation euh euh de l'habitat en lien avec le BME

P : Oui

E : Module habitat

P : Oui d'accord

E : Je vais évaluer aussi avec des mises en situation écologique ; Evaluation toilette, évaluation repas, habillage...voilà

P : D'accord et donc qu'est que vous faites suite à ces évaluations ?

E : Alors je fais un compte rendu des capacités de la personne ; donc dans le cadre de l'Esja je mets en place des objectifs et les ASG vont au domicile pour faire des séances de réhabilitation cognitive

P : ok

E : et dans le cadre du ssiad Saad euh je fais bien un compte rendu et je retourne au domicile pour présenter les préconisations à la fois à la famille, à la personne et euh parfois je fais des mises en situation pour montrer aux aides à domicile et aux aides-soignants comment on réalise l'activité pour montrer aux aidants que la personne est capable...

P : Et qu'est-ce que vous montrez par exemple ?

E : Je mets la personne en situation... situation toilette, habillage

P : D'accord

E : l'aidant est à côté il voit mes techniques

P : Quelles techniques par exemples ?

E : Des techniques d'habillage quand la personne est hémiparétique par exemple ce genre de choses ou euh des techniques de transfert en lien avec un guidon de transfert euh ce genre de choses

P : D'accord

E : Et j'essaie de leur apprendre aux aides-soignants et aides à domicile que les personnes sont capables, on n'a pas besoin de faire à leur place

P : Oui

E : On les accompagne

P : D'accord et donc justement vous disiez que vous transfériez votre compte rendu à la famille mais dans le cas d'une personne âgée isolée comment ça se passe ?

E : Alors euh dans ces cas-là euh je vais faire appel aux partenaires extérieurs si la personne est isolée on peut mettre en place la gestion de cas ou la Maia

P : Oui

E : Euh on va faire en sorte d'appeler l'assistante sociale du département pour voir si elle a un dossier APA ou un dossier CARSAT qui est mis en place

P : D'accord

E : Si en termes de financement c'est possible et euh si la personne âgée est isolée, je gère ça en plusieurs fois au domicile contrairement aux personnes ou il y a de l'entourage et la personne est assez accompagnée ça veut dire qu'au lieu d'une seule fois pour présenter mon compte rendu la personne âgée isolée je, j'y retourne plusieurs fois

P : Contactez-vous aussi d'autres professionnels : le médecin, l'équipe de rééducation ?

E : Alors les médecins c'est super compliqué pour les avoir ils sont, en fait je travaille dans un milieu rural je fais quasiment la moitié du département je fais que du déplacement et les médecins sont submergés de travail

P : Ouai d'accord

E : Ils commencent le matin à sept heures et finissent à vingt-deux heures ; Donc je leur envoie mes comptes rendus, ils ont on va dire une trace de ce que je fais mais après il n'y a pas véritablement d'échange puisque euh pas possible pour eux ...

P : Ok

E : de m'avoir souvent au téléphone et après les kinés euh j'essaye de les avoir aussi mais c'est pareil ils sont assez débordés et les orthophonistes on en a deux sur le secteur ... et c'est la même problématique

P : Ouai (rires)

E : Donc je travaille plus avec les assistantes sociales

P : D'accord

E : et les gestionnaires de cas et les aidants à domicile bien sur

P : Alors du coup comment vous définissez la collaboration interprofessionnelle et dans votre pratique professionnelle et au sein de la structure ?

E : Heu je dirais complexe (Rire) ; De longue haleine et tout dépend la personne... Enfin tout dépend déjà de mon discours euh j'amène la collaboration et ça dépend si c'est une collaboration si c'est on va dire acceptée dès le départ ou contrainte

P : Oui

E : Et, et euh

P : Qu'est-ce que vous entendez par acceptée ou contrainte ?

E : Bah parfois les auxiliaires de vie au domicile, elles se positionnent comme aidants familiaux on va dire...elles ne sont plus aidantes professionnelles, elles sont vraiment aidantes familiales

P : D'accord

E : La problématique c'est leur faire expliquer qu'est leur travail et pas

P : Oui, qu'il faut garder la distance professionnelle ?

E : C'est ça et du coup ça crée des tensions à force de l'équipe professionnelle enfin c'est assez compliqué

P : Cela a-t-il une incidence sur la collaboration interprofessionnelle ?

E : Non bah après il y a des auxiliaires de vie, elles interviennent chez les gens depuis 15 ans donc c'est comme si elles faisaient parties de la famille en quelque sorte

P : Hm notamment en milieu rural ?

E : oui ; bah alors on a celle qui sont là depuis 15-20 ans et on a celle qui viennent 3 mois et qui repartent

P : Oui

E : Et que ce soit dans l'équipe euh des aides-soignants ou dans l'équipe aide à domicile

P : Et les responsables de secteur eux, favorisent l'intervention dans un même foyer pendant 20 ans 30 ans ?

E : Elles font face au problème du domicile c'est à dire que les auxiliaires de vie elles ne restent vraiment pas longtemps et dès qu'il y en a une qui reste, elles font en sorte qu'elles restent donc...

P : Oui

E : Elles sont prises un peu... pas à leurs désirs mais elles ont des préférences on va dire qu'elles ont des avantages quoi...

P : D'accord

E : Pour qu'elles restent dans la structure ; c'est assez compliqué l'aide à domicile ; il y a un vrai turnover ; enfin il y a un turnover en termes d'employés, les gens changent très souvent et en plus au sein de l'organisation

P : Oui

E : Les gens ont trois ou quatre intervenants qui viennent chez eux, ils essaient de favoriser enfin de limiter ça mais c'est hyper compliqué en lien avec les emplois du temps, en lien avec les désirs de la personne enfin

P : Et justement pour le suivi de vos préconisations dans vos comptes rendus cela a-t-il un impact ?

E : Oui complètement je répète souvent la même chose aux arrivants donc euh j'ai mis en place des dossiers papier directement au domicile

P : D'accord

E : J'ai appelé ça une fiche relais ou je note toutes les capacités de la personne et ce qu'elle qu'elle... c'est en lien avec l'approche Montessori en fait...

P : D'accord

E : Donc la personne elle est capable de faire ça, laisser la faire ça, ce qu'elle aime ce qu'elle n'aime pas enfin c'est j'essaie de laisser ça au domicile à chaque fois pour que les aidants professionnels et même les aidants familiaux puissent

P : si référer

E : si référer ouai, ça fait parti de mon compte rendu

P : D'accord et est-ce que vous vous prenez un temps d'échange en équipe pour discuter des difficultés qu'elles peuvent rencontrer les aidants professionnels ?

E : Les aides-soignantes oui enfin au sein des SPASAD oui c'est possible on fait des réunions toutes les semaines

P : D'accord

E : au sein du SIAAD oui c'est possible fin c'est pareil les transcriptions c'est lundi mercredi vendredi et au sein du SAAD c'est une problématique parce que je suis sur la moitié du département et les auxiliaires de vie elles viennent récupérer leur planning que un jour dans le mois

P : Ah oui

E : Et donc ça dure l'après-midi et elle récupère leur planning et leur fiche de paye en même temps elles sont je ne sais pas combien il y a quatre secteurs et elles doivent être peut-être 150.

P : D'accord

E : Donc euh c'est, c'est impossible pour moi de parler de leurs questions à ce moment-là

P : Oui

E : Mais c'est l'une des rares occasions où je peux les voir à part quand je vais au domicile et qu'elles sont là

P : D'accord

E : Oui il n'y a pas de réunion interprofessionnelle 'fin avec les auxiliaires de vies il n'y a pas de réunion interprofessionnelle c'est plus avec les responsables de secteur ou les responsable de secteur me parlent de leurs difficultés et enfin de ce qui remonte en fait au domicile et euh moi je prépare je prévois une VAD pour aller voir l'aide à domicile et voir ce qu'on peut faire quoi et les réunions interprofessionnelles je les ai avec les responsables de secteur pas avec les auxiliaires de vie

P : Quand vous prévoyez une VAD vous faites en sorte que l'aidant professionnel soit présent ?

E : oui une partie de mon temps parce que l'autre partie c'est une partie évaluation et parfois l'aidant professionnel parle « à la place de » ... pour limiter ça je prévois mon temps à peu près 1h 1h30 de bilans ; je fais une demi-heure avec l'aidant professionnel et une demi-heure, une heure avec la personne

P : Et l'aidant professionnel il participe à la mise en situation ?

E : Ça dépend, ça dépend de la situation de la personne et de ses capacités euh et euh en fait je fais en sorte de... d'évaluer les problématiques qu'on me fait remonter donc ça peut-être la toilette comme ça peut être l'habillage, la préparation du repas

P : Donc est ce que vous pourriez me définir des facilitateurs & des obstacles à cette collaboration ?

E : Bah les facilitateurs euh j'ai la chance de faire des réunions interprofessionnelles avec les membres de l'équipe du SIAAD et des responsables du SAAD donc j'ai quand même on va dire j'ai la possibilité de discuter la problématique de chaque euh chaque usager et les obstacles bah c'est l'investissement du personnel et le turn over c'est vraiment compliqué de... en fait c'est fatiguant de refaire la même chose toutes les semaines c'est compliqué dans la collaboration du coup parce que les choses peuvent être réexpliquées, réutilisées, remontrées, (toux) pardon, c'est assez compliqué ça de devoir refaire la même chose souvent

P : Oui

E : et du coup ça ne profite pas à d'autres le temps que je perds à réexpliquer, ne profite pas à d'autres personnes sachant que l'on a beaucoup d'usagers

P : Oui

E : là dans le SIAAD on a 110 personnes

P : Et du coup quelle serait une journée type pour vous, vous allez dans combien de domicile ?

E : Je fais entre... alors tout dépend de la distance du domicile de mon bureau parfois je fais une

journée ou je vois deux personnes et suis 4 heures dans la voiture et parfois je fais une journée ou je vois 15 patients dans la matinée

P : Oui d'accord

E : ouai (rire) donc en fait je n'ai pas de de...de journée type...et tout dépend des besoins des autres des besoins au SSIAD, si c'est des besoins urgents ou pas, donc mon emploi du temps il est assez fluctuant

P : Et donc vous n'avez pas de journées réservées à l'ESA ou réservées au SIAAD ?

E : alors j'ai des journées réservées mais quand c'est l'urgence, bah je (rire) généralement le lundi le mercredi et le vendredi matin je suis en ESA ça c'est normalement et sinon euh aujourd'hui j'ai fait de l'ESA par exemple... (rire)

P : D'accord

E : Ça marche comme le jeudi c'est très... non franchement je n'ai pas de journée type

P : D'accord et donc que vous apporte cette collaboration interprofessionnelle dans votre pratique avec l'aidant professionnel ?

E : C'est hyper enrichissant déjà il faut qu'on adapte on va dire, on adapte notre vocabulaire, notre comportement en fonction de l'aidant. Si c'est une aide-soignante ou si c'est un auxiliaire de vie elles n'ont pas la même formation donc le vocabulaire va être différent

P : Oui

E : L'auxiliaire de vie n'a pas du tout un vocabulaire médical par exemple euh si on parle d'adduction...

P : Oui

E : euh elle ne sait pas ce que sait quoi donc il faut adapter à chaque fois, c'est vraiment intéressant c'est l'adaptation

P : Et donc est ce que cette collaboration a un impact sur votre évaluation ergothérapique, sur vos rédactions diagnostiques sur votre mise en place d'un plan d'intervention etc.

E : Euh ils nous donnent beaucoup plus que ce que je récupère comme infos je pense (rire) parce que déjà ils ne seraient pas là je pense que les informations ne remonteraient pas du coup ils ne m'appelleraient pas pour que j'intervienne

P : Et lorsque la personne âgée est isolée ?

E : Là il n'y a pas le choix il y a que l'auxiliaire de vie et parfois on est les premiers intervenants au domicile dans le cadre de l'ESA notamment ; il n'y a rien du tout qui est mis en place, rien, la personne elle est seule

P : Oui

E : Et dans ces cas-là euh le fait de mettre en place des auxiliaires de vie euh de mettre en place un kiné euh enfin...

P : Quelles informations sur la personne vous apportent-ils ?

E : Dans les transmissions euh les aides-soignantes ont l'obligation de se référer à une fiche de soin en

lien avec les habitudes de vie de la personne lors de la toilette et de l'habillage et les auxiliaires de vie elles ont bah

P : De compléter ?

E : Ouai en fait elles ont un cahier de liaison

P : D'accord

E : Où elles notent tout ce qu'elles ont fait, comment la personne était...à chaque intervention donc du coup euh c'est des cahiers d'informations essentiels pour que je puisse mettre en place euh une évaluation, un diagnostic et un plan d'intervention

P : Et est-ce que vous pensez avoir des besoins particuliers pour pouvoir optimiser cette collaboration ?

E : Bah le fait d'être toute seule et pas à temps plein sur un SPASAD c'est compliqué et pareil en ESA je suis toute seule quoi, donc pour optimiser ce serait bien vraiment la collaboration, d'être en lien entre ergothérapeute qui ont les mêmes questions

P : D'accord

E : Je pense que ce serait vraiment plus enrichissant et le fait d'avoir plus de temps du coup euh s'il y a plus de temps de travail ergothérapeute il y aura plus de temps avec les auxiliaires de vie et on pourrait faire mettre en place par exemple des formations

P : Oui tout à fait

E : En restant sur le cognitif euh formation de l'approche Montessori ce genre de chose pour que la personne puisse être autonome

P : Et donc justement est ce que vous observez vous une évolution suite à cette collaboration dans les performances occupationnelles de la personne ?

E : Donc j'essaye de faire un suivi de toutes les VAD que je fais euh dans le cadre de l'ESA je vois l'évolution puisque on va dire que je vois les assistants de soin en gérontologie chaque semaine

P : Oui

E : Et elles me font le le parcours d'activités en lien avec que les objectifs que j'ai mis en place et euh d'évaluer au début de l'accompagnement, à mi- accompagnement et à la fin de l'accompagnement avec le mmse, la moca1 et la moca 2, ça me permet de voir l'évolution des troubles cognitifs et ce que les filles ont fait, s'il y a une augmentation de la participation sociale en lien avec par exemple la mise en place de l'accueil de jour ce genre de chose

P : Oui

E : ça je peux l'observer ; dans le cadre du SSIAD et du SAAD généralement ; alors dans le cadre du SSIAD les aides-soignantes font tout le temps le retour du travail que j'ai mis en place au domicile savoir si le verticalisateur bah ça les aides ou pas elles me font le retour naturellement donc je vois si la personne bah elle participe lors de l'activité : transfert habillage toilette ... ça je le vois dans les transmissions en fait ; dans le cadre du SAAD en lien avec la collaboration avec les auxiliaires de vie c'est moi qui vais chercher les informations savoir si euh, savoir si la personne maintenant que on a vu

qu'elle pouvait préparer le café, qu'elle savait éplucher les légumes ce genre de choses, savoir si elle aide lors de la préparation du repas, ce genre de choses, je vais chercher les infos mais généralement il y a après mon passage on va dire qu'il y a un impact positif et les auxiliaires de vie elles vont laisser faire, elles font plus « à la place de »

P : D'accord

E : Après la participation sociale de la personne, si la personne est isolée c'est plus le fait de mettre en place des activités à l'extérieur ce genre de chose qui va faire évoluer la performance occupationnelle enfin qui va un impact sur la participation sociale

P : D'accord ; La communication avec l'aidant professionnel est-elle facilitée par votre intervention ?

E : Euh pas vraiment, les auxiliaires de vie elles sont, comme je vous dis j'arrive après elle donc il y a déjà la relation de confiance qui est mise en place ce genre de chose donc généralement la communication ça passe bien avec les gens

P : D'accord est ce que vous avez des éléments à ajouter ?

E : Non je ne crois pas, j'ai été claire ? Je ne sais pas...

P : Oui oui

E : Bon ça va

P : Donc sur ce, l'entretien est donc terminé ; je vous remercie en tout cas pour le temps que vous m'avez accordé

E : Il n'y a pas de quoi

Temps : 29.19 minutes

Annexe VI : Guide d'entretien des aidants professionnels

Présentation :

Bonjour,

Je m'appelle Pauline GUHENNEC, et je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche à évaluer l'impact de la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel dans le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie.

J'aimerais au travers de cet entretien comprendre votre point de vue, votre ressenti et votre expérience à ce sujet.

Je tiens à vous rappeler que cet entretien est enregistré et anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom.

Informations sur le parcours de la personne interrogée

Pouvez-vous vous présenter ? (âge, situation familiale, activité professionnelle)

Depuis quand travaillez-vous comme aide à domicile ?

Depuis quand travaillez-vous dans cette entreprise ?

Êtes-vous diplômé(e) en tant qu'aide à domicile ? Si oui quel diplôme avez-vous ? et depuis quand ?

Avez-vous été formé en arrivant dans cette entreprise d'aide à domicile ?

Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de votre profession ? Si oui, lesquelles ?

Caractéristiques de la personne âgée isolée, en perte d'autonomie, et son accompagnement

Travaillez-vous auprès de personnes âgées en perte d'autonomie ?

Quelles sont les activités {terme à définir} qui leur posent problème ? dans lesquelles rencontrent-ils des difficultés ?

Avez-vous, au cours de la pratique professionnelle, le sentiment de « faire à la place de » la personne que vous accompagnez ?

Rencontrez-vous des personnes âgées isolées (personne ayant peu d'interaction avec d'autres personnes au quotidien) ?

Comment qualifieriez-vous votre relation avec ces personnes âgées isolées ?

⇒ Connaissances de leurs habitudes de vie ?

Modalités de rencontre entre l'aidant professionnel et l'ergothérapeute

Comment définissez-vous la collaboration interprofessionnelle au cours de votre pratique professionnelle ?

Avez-vous déjà eu l'occasion de rencontrer l'ergothérapeute travaillant au sein de votre structure ?

Quand avez-vous l'occasion de la/le rencontrer et d'interagir avec elle/lui ? A quelle fréquence ?

Quand avez-vous l'occasion de collaborer ensemble ?

Pourriez-vous me définir les facilitateurs et les obstacles à cette collaboration interprofessionnelle ?

Que vous apporte la collaboration dans l'exercice de votre pratique professionnelle ?

Cette collaboration a-t-elle un impact sur votre pratique professionnelle : utilisation des aides techniques, transferts, déplacements, risques professionnels ?

Avez-vous des besoins particuliers pouvant optimiser cette collaboration ?

Impact de la collaboration sur l'autonomie de la personne âgée isolée

Suite à l'intervention au domicile de l'ergothérapeute, avez-vous observé une évolution dans les habitudes de vie de la personne ?

- Impact sur sa capacité de prévoir et de choisir, accepter ou refuser en fonction de son jugement
- Impact sur la réalisation de ses activités en autonomie
- Impact sur votre accompagnement dans la réalisation des activités de la vie quotidienne
- Impact sur la participation sociale de la personne (pouvoir interagir avec son environnement)

Avez-vous des éléments à ajouter ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe VII : Retranscription de l'entretien auprès de l'aidant professionnel AP2 (25.04) :

P : Bonjour, Je m'appelle Pauline GUHENNEC, et je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche à évaluer l'importance de la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel dans le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie. J'aimerais au travers de cet entretien comprendre votre point de vue, votre ressenti et votre expérience à ce sujet. Je tiens à vous rappeler que cet entretien est enregistré et anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom. Alors est ce que vous pouvez vous présenter, votre âge, votre activité professionnelle ?

Aidant Professionnel 2 : Alors je suis ...j'ai 34 ans je suis aide à domicile à « xxx »

P : Et vous travaillez depuis combien de temps en tant qu'aide à domicile ?

AP : Depuis 2007, novembre 2007

P : D'accord et vous avez toujours travaillé dans cette même entreprise ?

AP : Non avant j'étais dans une maison de retraite en CDD

P : Est-ce que vous avez un diplôme pour exercer en tant qu'aide à domicile ?

AP : euh non

P : Vous avez un autre diplôme ?

AP : Je n'ai pas de diplôme, je n'ai pas la validation des acquis après j'ai le BEP sanitaire et sociale et un BAC SMS

P : D'accord, et est-ce que vous avez été formée en arrivant dans le SPASAD ?

AP : Former, c'est à dire ? J'ai eu des petites formations de quelques jours, mais je n'ai pas eu de formation

P : Vous avez peut-être fait du doublon avec une autre aide à domicile ?

AP : Non non

P : Et est-ce que vous rencontrez des difficultés dans l'exercice de votre profession ?

AP : Non, non non je n'ai pas eu de difficultés

P : D'accord, alors est ce que vous pouvez m'expliquez votre quotidien au travail, une journée type ?

AP : Alors oui le matin en général je commence à 9h, euh quand je commence à 9h la petite toilette, je fais le levé déjà, après c'est la petite toilette, pas la douche tout ça, mais la petite toilette au gant après je fais l'habillage, le petit déjeuner, en général je fais plutôt le matin pendant mon premier client

P : D'accord

AP : Après je fais le lit, la préparation du repas, voilà j'ai un client chez qui je fais la préparation du repas avec petite vaisselle un peu d'entretien tout ça pendant que le client mange, je l'aide. Parfois aussi l'après-midi j'ai un peu d'entretien passer l'aspirateur aussi de l'accompagnement

P : D'accord

AP : Ça dépend des clients parce que ce n'est pas tout le temps les mêmes personnes en fait, ça change deux fois peut-être, le lundi, mercredi, vendredi c'est quasiment les mêmes clients et mardi jeudi c'est d'autres clients

P : D'accord

AP : Voilà et le mercredi après-midi c'est surtout de l'accompagnement aux rendez-vous médicaux et tout ça oui

P : Vous faites les courses aussi avec la personne ?

AP : Avant oui j'avais des clients avec qui je faisais des courses, mais actuellement je n'ai pas de clients, je fais des courses pour eux mais sans eux

P : D'accord, est ce que les tâches administratives aussi parfois vous les réalisez ?

AP : Oui oui je gère, pour faire les papiers, remplir les papiers oui je gère

P : D'accord et est-ce que vous accompagnez la personne à l'extérieur ?

AP : Oui là je n'en fais pas mais j'en avais beaucoup et j'allais spécialement pour ça au marché, quand on m'appelle pour me dire il faut sortir cette personne, ce client de là, marche une demi-heure, 45minutes

P : Donc à chaque fois on vous dit avant d'aller chez la personne ce qu'il va falloir faire ?

AP : Oui oui j'ai une fiche avec les missions à faire chez chaque client j'ai une fiche avec les missions qu'il faut effectuer chez cette personne

P : D'accord, donc ça se présente comment ? nom, prénom, adresse ?

AP : Oui voilà, date de naissance, les troubles de la personne, si la personne elle est autonome, si elle est cohérente et après en dessous les missions à faire, les personnes à contacter en cas d'urgence dans la famille quoi

P : Et puis le temps de travail chez cette personne ?

AP : Voilà ça c'est marqué dans mon planning combien de temps, j'ai un planning avec les jours avec les horaires et puis le nombre de temps que j'ai chez cette personne

P : D'accord et quel est le public que vous rencontrez le plus souvent ?

AP : Des personnes âgées dans les 80 ans, là j'ai eu des jeunes en remplacement des jeunes enfants handicapés mais c'est particulièrement des personnes âgées

P : En perte d'autonomie ?

AP : Voilà en perte d'autonomie

P : Et quelles sont les activités qui leur posent problème à eux ?

AP : les activités qui leur posent problème ?

P : Oui, au quotidien ?

AP : Les activités qui leur posent problème au quotidien, euh

P : Ça pourrait être par exemple au niveau des repas, de l'habillage, au quotidien qu'est ce qui leur posent des difficultés ?

AP : Moi par exemple je vois un client, par exemple son problème c'est s'habiller ; il s'habillerait

difficilement mais par contre il arrivera à se déshabiller facilement, voilà moi c'est le client que j'ai le matin et le soir, le matin je l'habille je lui fais sa toilette et tout par contre le soir il se déshabille tout seul

P : Il n'a pas besoin d'aide ?

AP : Voilà pour l'habillage c'est compliqué euh sinon après pour le repas tout ça il n'y a pas de soucis, je ne rencontre pas de difficultés

P : Sauf pour la préparation quoi ?

AP : Sauf pour la préparation des repas oui, oui ils sont assez autonomes ils peuvent manger tout seul, après je rencontre des difficultés à couper la viande, donc moi je leur coupe la viande, tout ce qui est dur je leur coupe

P : Et concernant les déplacements ?

AP : Oui pour le déplacement là ils ont des soucis, ils ont un déambulateur voilà difficilement très lentement avec un déambulateur je les soutiens derrière au cas où

P : Et est ce qu'au cours de votre pratique professionnelle vous avez le sentiment de faire à la place de la personne ?

AP : Oui oui oui, parfois il y a des choses chez les personnes âgées chez qui je vais ou je fais à leur place alors qu'ils pourraient très bien le faire d'ailleurs eux même ils me le disent, il y en a un par exemple, il me dit tout le temps oui c'est vrai que je pourrais le faire mais j'ai la flemme par exemple, parfois comme ils disent ils sont feignants un peu, bah dès qu'il y a quelqu'un avec eux la personne le fait c'est ça en fait

P : Et vous comment vous réagissez ? Vous le laissez faire seul ?

AP : Voilà j'essaie parce que le but c'est qu'il garde un maximum d'autonomie voilà quand c'est des choses qu'ils peuvent le faire quand même, de toute façon ils nous le disent au bureau qu'on est là pour aider la personne que si elle peut faire elle doit faire par ce que dans ces cas-là ils ne voudront plus rien faire, on sait qu'ils peuvent le faire enfin on fait un maximum

P : et est-ce que vous rencontrez des personnes âgées isolées quand vous travaillez ?

AP : J'en ai eu oui mais là je n'en ai pas actuellement, plus de famille tout ça il était tout seul, d'ailleurs on la mit en maison de repos à l'hôpital quoi

P : D'accord, est ce que vous trouvez que votre relation avec cette personne âgée est différente ? Comment la qualifieriez-vous cette relation ?

AP : Alors le fait que cette personne n'a que nous du coup elle n'a personne d'autre autour d'elle du coup elle est très dépendante de nous et c'est nous qui gérons tout pour cette personne, donc c'était vraiment une relation où elle était dépendante de moi du coup

P : La distance professionnelle était moins vraiment présente ?

AP : Oui voilà

P : Et concernant vos connaissances de la personne ?

AP : Je connaissais tout de la personne, c'était une relation plus personnelle, voilà

P : Du coup vous connaissiez toutes ces habitudes de vies etc. ?

AP : Voilà c'est ça

P : Et dans votre travail comment vous définissez la collaboration professionnelle ?

AP : En fait ça dépend certaines maisons il y a un cahier de transmissions, en général par ce qu'il y a plusieurs professionnels dans cette maison

P : Quels professionnels notamment ?

AP : Il y a les personnes du soin, les infirmiers, des aides-soignantes, des aides à domicile qui sont dans cette maison il y a plusieurs professionnels le même jour par exemple. Il y a les infirmiers qui passent une fois par semaine il y a des aides-soignants qui passent tous les jours et dans ces cas-là il y a les transmissions qui servent à faire passer les messages

P : Faire passer les informations ?

AP : Oui voilà faire passer les informations pour la personne suivante, pour le prochain passage donc on est censé regarder le cahier à chaque passage dès que l'on arrive pour voir ce qui a été fait, voir si d'autres personnes marquent ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire, et puis ce qu'il faut faire, parce que parfois on arrive dans des maisons que l'on ne connaît pas du tout quand on est là en tant que remplaçant et donc on voit un peu ce que les personnes ont l'habitude de faire dans cette maison, c'est marquer dans le cahier

P : Et entre aidant professionnels, est ce que vous avez l'occasion de faire des réunions ?

AP : Oui mais pas très souvent, c'est peut-être une fois par mois et c'est une réunion générale qui parle plus des nouveaux, parler de l'économie après nous on doit passer une fois par mois au bureau pour parler avec nos chargés d'évaluation dire s'il y a des problèmes ou pas mais ce n'est pas avec les autres aides à domicile

P : Et quand vous faites des remplacements vous passez chez la personne avec la présence de l'aide à domicile que vous allez remplacer pour faire une présentation ?

AP : Non non non, après ça peut arriver avec des absences qui sont déjà prévues mais par contre les absences qui ne sont pas prévues on appelle ça des interventions d'urgence, des malades qui préviennent le jour même ou s'il y a eu un malaise on ne sait jamais donc là il faut bien trouver quelqu'un pour remplacer tout de suite et dans ce cas-là on est toute seule, après ils nous disent au bureau ce qu'il faut faire, comment est la personne

P : Alors avez-vous déjà eu l'occasion de rencontrer un ergothérapeute qui travaille dans votre structure ?

AP : Oui j'ai eu l'occasion plusieurs fois

P : Et quand avec vous eu l'occasion d'interagir avec elle ?

AP : à plusieurs reprises parce qu'une fois j'étais en formation avec l'ergothérapeute et puis une autre fois au domicile et souvent au téléphone aussi

P : Alors comment ça se passe au domicile ?

AP : Moi en fait par exemple quand je suis au domicile et que je vois qu'il manque du matériel ou des gens qui posent des questions, comment faire pour prendre la douche parce que c'est difficile, ou s'il manque du matériel médical, dans ce cas-là je fais monter l'information au bureau et ça c'est le tout premier contact et le bureau eux prennent contact avec l'ergothérapeute mais après l'ergothérapeute

quand elle a besoin de plus de précision elle m'appelle directement, d'ailleurs c'est arrivé plusieurs fois, parce qu'elle préfère intervenir quand l'aide à domicile est au domicile

P : Oui bien-sûr c'est plus facile

AP : Donc elle me demande à quelle heure et quand je serai là, alors je lui dis et puis elle vient, elle prend rendez-vous avec moi parce que quand la personne n'est pas autonome, elle préfère prendre rendez-vous avec moi parce qu'elle sait que quand je suis là de toute façon la personne ne sort pas, après elle vient, elle repère un peu les lieux et puis elle commence à discuter avec la personne ou plusieurs fois j'ai appelé l'ergothérapeute moi-même pour lui dire que le lit ne fonctionne plus, l'appareil ne fonctionne plus et du coup elle prend rendez-vous pour voir le matériel

P : Et si c'est par exemple trop difficile de faire les transferts avec la personne vous l'appellez aussi ?

AP : Oui alors j'ai eu une formation pour faire les transferts de lit à fauteuil

P : Avec l'ergothérapeute du coup ?

AP : Oui j'ai eu une formation avec le lève-personne pour savoir comment ça marche et puis j'ai aussi les positions quand on doit bouger une personne pour la maintenir, même pour déplacer la personne

P : Et quand l'ergothérapeute est au domicile vous faites une mise en situation pour évaluer les problématiques ?

AP : Oui, oui oui

P : D'accord donc vous discutez ensemble et avec la personne âgée aussi ?

AP : Oui c'est ça on est tous ensemble elle donne des conseils, plusieurs fois elle est venue, elle a déplacé des tapis euh, voilà elle a enlevé des tapis, c'est difficile parce que beaucoup de personnes âgées n'aiment pas bouger leurs tapis chez eux. En parlant elle a réussi à convaincre la personne d'enlever le tapis

P : Et est-ce que vous pourriez me définir les facilitateurs et les obstacles à cette collaboration ?

AP : Il y a beaucoup de gens qui ne connaissent pas les ergothérapeutes, il faudrait qu'ils se déplacent un peu plus au domicile pour expliquer ce qu'ils font leurs rôles, leurs missions...

P : Et il y a des informations qui ne remontent pas ?

AP : Oui voilà c'est ça ou au moins envoyé un prospectus sur leur rôle

P : Tout à l'heure on parlait de la personne âgée isolée, lors de l'intervention de l'ergothérapeute comment qualifieriez-vous votre rôle avec cette personne âgée isolée ?

AP : Mon rôle, forcément c'était plus moi qui prenais les décisions moi qui donnait mon avis et la personne m'écoutait comme elle était dépendante elle écoutait mes conseils, mon avis

P : Donc après ça, comment ça se passe quand l'ergothérapeute est intervenu ?

AP : En général elle fait le nécessaire, elle ramène du matériel, elle a enlevé les tapis parce qu'il y a beaucoup beaucoup de tapis parce que cette personne avait tendance à chuter donc elle a enlevé les tapis d'ailleurs c'est un des conseils parce qu'il y avait beaucoup de tapis je lui ai conseillé de mettre une chaise percée à côté de son lit, ce qui a été fait parce que quand elle allait au toilette elle arrivait jamais à temps parce que c'est une grande maison et que les toilettes étaient au bout du couloir donc j'ai conseillé et aussi dans les toilettes il manquait une barre d'appui

P : À la suite de l'intervention de l'ergothérapeute, est ce que vous avez vu une évolution dans les habitudes de vie de la personne, est ce que la problématique était résolu ?

AP : Oui pour les toilettes, on faisait moins de change déjà

P : Est-ce que la personne a gagné en autonomie ?

AP : Gagner en autonomie, non je ne pense pas

P : Et pour d'autre interventions, d'autres exemples ?

AP : Oui, mais ce n'était pas un cas isolé mais j'ai un autre client au niveau de l'autonomie on lui a mis des barres un peu partout parce qu'elle a un long couloir et même pour la douche on lui a mis des barres

P : Donc suite à cela elle pouvait faire sa douche toute seule ?

AP : Non quand même pas, elle ne pouvait pas rester trop debout mais au moins elle pouvait faire sa douche, elle pouvait plus marcher et niveau incontinence maintenant c'est mieux

P : Est-ce que l'ergothérapeute a déjà préconisé des aides pour le déplacement ?

AP : Oui elle a eu un déambulateur et un fauteuil roulant

P : Donc elle a pu se déplacer ?

AP : Oui voilà c'est ça

P : Est-ce que vous pensez qu'il y aura des besoins particuliers pour optimiser la collaboration ?

AP : Comme je dis il faudrait plus de rencontres, plus de communications, et plus de formations, pour les aidants parce que je trouve qu'il n'y a pas assez de formations pour faire un bon contrôle et remonter les bonnes infos

P : Bon je crois que l'on a fait le tour de la question, vous n'avez pas d'autres informations à rajouter ?

AP : Non

P : L'entretien est donc terminé je vous remercie vraiment beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé

RESUME

Introduction : Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est aujourd'hui un enjeu soutenu par les politiques de santé publique. L'ergothérapeute, lors de son intervention doit prendre en compte les caractéristiques de la personne, ses occupations mais également son environnement, afin de comprendre la situation dans son ensemble. Lorsque la personne est isolée, l'aidant professionnel est bien souvent son seul environnement humain. **Objectif :** Cette étude vise à déterminer les contextes de collaboration entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel au sein d'un service d'aide et de soins à domicile (SAAD/SPASAD) et si celle-ci a un impact sur le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée. **Méthode :** Une enquête, composée de six entretiens, menés auprès de quatre ergothérapeutes et deux aidants professionnels a été réalisée. **Résultats :** L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence que la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'aidant professionnel est essentielle. L'aidant professionnel est un interlocuteur privilégié pour l'évaluation ergothérapique, l'acceptation des préconisations de l'ergothérapeute et la résolution des problématiques que rencontre l'aidant professionnel au domicile. **Conclusion :** Toutefois les nombreux obstacles à cette collaboration au sein du SAAD/SPASAD perturbent son impact sur le maintien des performances occupationnelles de la personne âgée isolée, qui reste difficilement évaluable faute d'outils standardisés.

Mots clés :

Collaboration – Ergothérapie – Aidant professionnel – Personne âgée – Isolement – Autonomie

ABSTRACT

Introduction: Keeping the elderly, who are gradually losing their independence, in their own homes has become an issue backed by public health authorities. When intervening, the occupational therapist must take into account the characteristics of the person, their activities and their environment, in order to understand the situation as a whole. When the person is isolated, the professional caregiver is often their only human environment. **Objective:** This study aims to determine the collaboration contexts between the occupational therapist and the professional caregiver within a home care and assistance service (SAAD/SPASAD) and whether it has an impact on maintaining the occupational capacity of the isolated elderly person. **Method:** A survey, consisting of six interviews, was conducted with four occupational therapists and two professional caregivers. **Results:** The analysis of the survey results revealed that inter professional collaboration between the occupational therapist and the professional caregiver is essential. The professional caregiver, who is an essential interlocutor for the occupational therapy evaluation, should accept the occupational therapist's recommendations for the resolution of any problems that he may encounter at the person's home. **Conclusion:** However, many obstacles disrupt this collaboration within the SAAD/SPASAD which impacts the up-keep of the occupational capacity of the isolated elderly person. This remains difficult to assess due to the lack of standardized methods.

Keywords :

Collaboration - Occupational therapy - Professional caregiver - Elderly person - Isolation - Autonomy

Pauline GUHENNEC.