

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation**

Ergothérapie

**La collaboration ergothérapeute/assistant de soins en gérontologie :
quelle pratique en équipe spécialisée Alzheimer ?**

Etat des lieux de la pratique de collaboration

Mémoire présenté et soutenu par

Marine Dupont

En juin 2019



Mémoire dirigé par

Brigitte DEVANNEAUX

Cadre de santé ergothérapeute

CH La Rochefoucauld

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier l'équipe pédagogique de la filière d'ergothérapie à l'ILFOMER, pour leur écoute et leur disponibilité durant toute la formation.

Merci à Stéphane MANDIGOUT pour nous avoir suivi tout au long de cette année et pour les conseils apportés concernant le travail de recherche.

Merci à tous les ergothérapeutes et aux autres corps de métier que j'ai eu la chance de rencontrer, pour leur professionnalisme et leur encadrement.

Un immense merci à mes amis, Etienne, Pauline, Théo et Emma, pour leur soutien sans faille, leur bienveillance, et leur bonne humeur quotidienne.

Enfin, un grand merci à Brigitte DEVANNEAUX, ma directrice de mémoire, pour son soutien tout au long de ce travail, ces échanges qui m'ont permis d'aller plus loin dans ma réflexion, sa bienveillance et sa patience.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Marine Dupont

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

**Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne
pourra être cité sans respect des principes de cette charte.**

Fait à Châteauroux, Le dimanche 19 mai 2019

Suivi de la signature.

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE d'ergothérapie

Session de juin 2019

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Marine Dupont

Etudiante de 3^{ème} année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à :Châteauroux

Le : dimanche 19 mai 2019

Signature de l'étudiante

Liste des abréviations

AGGIR	Autonomie gérontologie groupe iso-ressources
ANFE	Association nationale française des ergothérapeutes
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASG	Assistant de soins en gérontologie
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
BME	Bilan modulaire d'ergothérapie
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ESA	Equipe spécialisée Alzheimer
ETP	Equivalent temps plein
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	Instrumental activities of daily living
IDEC	Infirmière coordinatrice
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MMSE	Mini mental state examination
OMS	Organisation mondiale de la santé
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSAD	Service de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Table des matières

Introduction	11
Cadre théorique.....	12
1. Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.....	12
1.1. Etiologie	12
1.2. L'évolution de la maladie	13
1.2.1. Autres types de démences.....	13
1.3. L'impact des maladies neurodégénératives pour les aidants au domicile	14
1.3.1. La représentation du domicile	14
1.3.2. Le coût du maintien à domicile.....	14
1.4. L'aidant naturel.....	14
1.5. Structures de soutien et de répit aux aidants.....	15
.....	16
1.5.1. Autres structures de répit aux aidants	16
2. Le fonctionnement en ESA	17
2.1. Le cadre réglementaire en ESA.....	17
2.2. Intervention en ESA.....	17
2.3. Les missions de l'ESA	18
2.3.1. La prise en soins en ESA.....	18
2.3.2. Les actions menées	19
2.4. Le partenariat	19
3. Les professionnels en ESA	20
3.1. L'infirmière coordinatrice	20
3.2. L'ergothérapeute	20
3.2.1. Missions de l'ergothérapeute	20
3.3. L'assistant en soins de gérontologie.....	21
3.4. Les sciences de l'occupation	21
3.5. Efficacité de ces interventions	22
4. Le travail en équipe.....	22
4.1. L'interdisciplinarité.....	22
4.1.1. Le modèle systémique et l'interdisciplinarité	23
4.2. La collaboration interprofessionnelle	23
4.2.1. L'approche client centrée	24
4.2.2. La logique de la collaboration et ses déterminants.....	24
Problématique et hypothèses	26
Méthodologie de recherche	27
1.Objectifs.....	28
2.Critères d'inclusion.....	28
3.Critères de non-inclusion	28
4.Choix des équipes spécialisées Alzheimer	28
5. Déroulement des entretiens	29
6.Durée de la recherche	29
Résultats	30
1.Missions des différents professionnels en ESA.....	30
1.1 Missions de l'IDEC.....	30
1.2 Missions des ASG	31

1.3 Missions des ergothérapeutes	32
2. Les moyens de communication entre les différents professionnels	32
3. Les bénéfices de la collaboration selon les ergothérapeutes interrogés	34
4. Freins à la collaboration selon les ergothérapeutes interrogés.....	35
5. L'apport de la collaboration dans l'application du plan de soins	36
6. Pistes d'amélioration proposées par les ergothérapeutes	37
7. Ressentis des ergothérapeutes dans leur travail en ESA.....	38
Discussion.....	39
1. Interprétation des résultats.....	39
1.1 Supervision du plan de soins.....	39
1.2 Les intérêts de la collaboration	41
2. Limites liées à l'étude.....	42
3. Perspectives	43
Conclusion	44
Références bibliographiques	45
Annexes	50

Table des illustrations

Figure 1: Interdisciplinarité, J-P GUIHARD	22
Figure 2 : les éléments prégnants de la logique de professionnalisation et de la logique de collaboration	24

Table des tableaux

Tableau 1: Lieux de passation des différents entretiens	29
Tableau 2: Composition des équipes.....	30
Tableau 3: Missions de l'IDEC.....	31
Tableau 4: Missions des ASG	31
Tableau 5: Missions des ergothérapeutes	32
Tableau 6: Les avantages de la collaboration.....	34
Tableau 7: Limites de la collaboration	35
Tableau 8: L'apport de la collaboration pour la qualité de l'accompagnement	36
Tableau 9: Pistes pour faire évoluer la collaboration	37
Tableau 10: Ressentis des ergothérapeutes	38

Introduction

La démence touche particulièrement les personnes âgées, toutefois elle n'est pas un élément normal du vieillissement.(1) Parmi les démences, celle que l'on retrouve le plus souvent est la maladie d'Alzheimer. Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale, il y aurait en France 900 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2014. Ils devraient être plus de 1,3 millions en 2020, compte tenu de l'espérance de vie : en effet, les personnes vivent plus longtemps mais de nombreuses maladies apparaissent notamment celle-ci.(2)

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées représentent la première cause de dépendance et la première cause d'institutionnalisation chez la personne âgée.

Un grand nombre de ces personnes restent le plus longtemps à domicile afin de retarder l'institutionnalisation qui est une étape difficile tant financièrement que psychologiquement pour les aidants mais aussi et surtout pour les malades eux-mêmes. Même si rester à domicile semble la meilleure solution pour la plupart des familles atteintes par ce fléau, cette maladie affecte beaucoup le quotidien des proches et provoque un épuisement.(3)

Selon l'organisation mondiale de la santé, le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées est de 50 millions dans le monde, et devrait passer en 2050 à 152 millions de personnes.(4)

D'après une étude de la Fondation Médéric Alzheimer, les coûts médicaux et paramédicaux de cette maladie représentent 5,3 milliards d'euros par an.(5)

Des alternatives à l'institutionnalisation existent, notamment pour soulager l'aidant et trouver des compensations dans le quotidien. Parmi ces alternatives, on trouve notamment l'équipe spécialisée Alzheimer.(ESA)

Les ESA ont été créés par la mesure du plan Alzheimer 2008-2012 pour la mise en place d'une prise en soins adaptée au domicile de ces personnes et pour leurs aidants. L'enjeu est d'améliorer ou de maintenir l'autonomie de ces personnes dans les activités de la vie journalière.(6)

Dans les parcours de soins, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et son aidant vont bénéficier d'un accompagnement multiple et complexe. En effet, ces personnes seront suivies par différentes structures d'accompagnement, différents intervenants de corps de métiers du social, médical, paramédical ce qui peut nous laisser imaginer que le travail collaboratif est important.

J'ai pu constater cela lors d'un stage en ESA et plus particulièrement sur le travail de collaboration de l'ergothérapeute et de l'assistant de soins en gérontologie.(ASG) Cette expérience a déclenché plusieurs questionnements : Comment se passe la collaboration ergothérapeute-ASG en équipe spécialisée Alzheimer ? Y-a-t-il des bénéfices à cela ? quels sont-ils ?

Cadre théorique

1. Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés

La démence est la forme la plus grave en ce qui concerne le vieillissement cérébral pathologique.(7) Parmi les démences, la plus rencontrée est la maladie d'Alzheimer. Elle est dite neurodégénérative. En effet, c'est une maladie du cerveau qui évolue lentement et qui s'installe de manière insidieuse. Elle est caractérisée au niveau cérébral par une dégénérescence neurofibrillaire et des plaques amyloïdes.(8)

Cette maladie se manifeste par une perte progressive de la mémoire, avec également une atteinte globale au niveau cognitif avec des troubles des fonctions exécutives, de l'orientation dans le temps et dans l'espace, de l'attention, de la concentration, du langage, de la reconnaissance, de comportement (apathie, agitation) mais également des hallucinations.(9) Ces troubles conduisent à une perturbation des activités de la vie quotidienne. Quelles sont les causes de cette pathologie ainsi que son évolution ?

1.1. Etiologie

Les causes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas connues à ce jour mais des facteurs de risques existent comme avoir un faible niveau socio-culturel, le genre féminin et les antécédents familiaux, les facteurs environnementaux (tabac, pollution, alcool...) mais encore la mauvaise alimentation.(10)

Nous trouvons également comme facteurs de risques principaux l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2 et l'obésité.(11)

L'âge est le facteur de risque qui s'avère le plus élevé avec une prévalence qui double tous les 5 ans à partir de 65 ans.(3) En 2015, 47 millions de personnes dans le monde sont atteintes de la maladie d'Alzheimer.(4) 900 000 personnes sont diagnostiquées pour cette maladie, bien que le chiffre ne soit pas représentatif car il y a beaucoup de personnes non diagnostiquées.(5)

Si quelques facteurs de risques existent concernant la maladie d'Alzheimer, il existe un facteur protecteur. Cela se nomme réserve cognitive. Elle peut être définie « comme la capacité d'optimiser ses performances par le recrutement accru du réseau cérébral normalement impliqué d'une part, et, d'autre part, par le recrutement de réseaux cérébraux différents et/ou l'utilisation de stratégies cognitives alternatives ».(12)

Il s'agit d'une utilisation optimale des réseaux cérébraux, une meilleure efficacité cognitive, ainsi qu'une meilleure compensation neuronale en cas de lésion cérébrale. Tout cela est lié aux stimulations, aux modes de vie particulièrement. Elle permet à la personne de compenser spontanément les conséquences des lésions de la maladie d'Alzheimer jusqu'à un stade évolué de la maladie.

Malgré cela, c'est une maladie qui évolue en plusieurs temps.

1.2. L'évolution de la maladie

Selon l'OMS, l'évolution de la maladie se fait en 3 stades :

Tout d'abord, le stade initial qui est une période asymptomatique, la maladie apparaissant progressivement. Ce stade est caractérisé par des oublis, des troubles temporeux-spatiaux. Vient ensuite le stade intermédiaire où les personnes commencent à ressentir quelques difficultés dans les actes de la vie quotidienne (se laver par exemple) et ont de plus en plus de difficultés dans l'orientation. Les signes de la maladie deviennent de plus en plus perceptibles. Pour finir, le troisième et dernier stade où les troubles cognitifs sont progressifs avec une dépendance dans les activités de la vie quotidienne et une inactivité presque totale. Elles ont des difficultés à reconnaître leur entourage et les troubles du comportement apparaissent.(13)

Selon les sources, le nombre de stades est variable, comme par exemple avec l'échelle de Reisberg, qui classe la maladie d'Alzheimer en 7 stades de pallier croissant du déclin cognitif.(14)

Si la maladie d'Alzheimer reste la maladie la plus fréquente, il existe des troubles apparentés.

1.2.1. Autres types de démences

Selon l'OMS, la démence est « *un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités de la vie quotidienne* ». (15) Les principales démences après la maladie d'Alzheimer sont les démences vasculaires, les démences à corps de Lewy, fronto-temporales.(16)

Ces pathologies vont présenter différents symptômes, qui vont progressivement venir affecter le quotidien des personnes. Compte-tenu des tableaux cliniques complexes, une expertise multiple de la part de différents professionnels est nécessaire, afin d'obtenir un accompagnement global et de qualité pour la personne.

Dans la démence vasculaire, on retrouve principalement des troubles cognitifs variables avec en particulier des troubles des fonctions exécutifs et des troubles de la mémoire. Cette pathologie est consécutive à des lésions cérébrales telles que des Accidents Vasculaires Cérébraux.(17)

La démence à corps de Lewy est responsable d'un peu moins de 5% de cas de démence.(18) Elle se caractérise par d'importantes fluctuations du fonctionnement cognitif, avec en fond un déclin, qui est progressif et continu. Dans la démence à corps de Lewy on peut rencontrer des troubles moteurs, des troubles du comportement peuvent également survenir dans cette démence, avec notamment des troubles importants de l'humeur, une irritabilité, des hallucinations.(19) La démence parkinsonienne présente également des hallucinations, des troubles moteurs, ainsi que des troubles de la mémoire.(20)

La démence fronto-temporale se retrouve principalement chez les sujets âgés de moins de 65 ans Les troubles du comportement sont des signes avant-coureurs de la maladie, où les personnes vont être soit désinhibées, soit apathiques. On constate également chez ce type de patient des troubles de la cognition sociale.(20)

L'aidant a bien conscience que les démences occasionnent un certain nombre de changements au quotidien. Cela provoque chez le proche aidant certaines manifestations physiques, psychologiques et sociales comme l'épuisement, la solitude, l'isolement.(21)

1.3. L'impact des maladies neurodégénératives pour les aidants au domicile

Depuis le rapport Laroque de 1962, les politiques publiques à visées des personnes âgées se sont données comme mot d'ordre le maintien à domicile.(22)

Que représente le domicile pour nous tous ?

1.3.1. La représentation du domicile

Le domicile représente un cocon sécurisant et chaleureux pour la plupart des personnes. C'est l'endroit où nous avons tous nos repères. Il est considéré comme « le lieu du prendre soin ». Prendre soin ne concerne pas uniquement les personnes atteintes de maladies, prendre soin concerne tout le monde.(23)

Les gens qui avancent en âge, quel que soit leur niveau d'autonomie et d'incapacité, désirent rester chez eux pour la plupart, et cela jusqu'à la fin de leurs jours. Outre le fait que le domicile est quelque chose de matériel, c'est aussi l'endroit où ils ont leurs habitudes, leurs souvenirs, c'est-à-dire tout ce qui contribue à l'identité psychique.(24)

1.3.2. Le coût du maintien à domicile

La plupart des charges supportées par les familles ne fait l'objet d'aucun remboursement par la sécurité sociale. Le coût des prises en soins annuel pour les familles est d'environ 12 146 euros.(25) Il y a donc un réel impact de la prise en soins des maladies neurodégénératives sur les ressources des familles. Cela permet de cerner les difficultés auxquelles chaque famille peut être exposée. Cela représente une charge financière importante, bien que les coûts à domicile restent tout de même moins onéreux que les coûts liés à l'institutionnalisation.(26) Le maintien à domicile n'est pas permis à tout le monde puisqu'il est nécessaire d'avoir des ressources humaines (comme la famille), mais également des ressources financières.

Qui sont ces aidants ? Quelles répercussions cela a-t-il dans leur quotidien ?

1.4. L'aidant naturel

La majorité des personnes atteintes de démence vivent à domicile. Cela se fait grâce aux proches, la famille que l'on appelle également « aidant naturel ».(27) On compte environ 2 millions d'aidants qui sont pour la plupart l'enfant ou le/la conjointe.(5) 51% sont les conjoints, pour la majorité en retraite et 25% les enfants.(28) Les proches ont été pendant de nombreuses années non reconnus comme étant aidant. La loi relative à l'adaptation de la société à l'environnement, est une loi adoptée par le 14 décembre 2015 et admise le 1^{er} janvier 2016. Ce texte prévoit donc la reconnaissance du statut de « proche aidant » ainsi que la création du « droit au répit ».(29) Ce droit offrira aux aidants l'opportunité de prendre du temps pour eux, pour se reposer.

Selon Darnaud, « *l'aidant va devenir dépendant du rythme de la personne Alzheimer, protégeant celle-ci du risque lié à l'environnement et à son comportement* ».(30) Il va être confronté à une vraie charge de soins comme par exemple l'aide pour les activités de la vie quotidienne, l'aide aux déplacements, aux transferts.

En effet, la prise en soins se fait par l'entourage et plus particulièrement par l'aidant principal. Cela s'avère compliqué car elle concerne deux grands temps : la gestion des symptômes (anxiété, troubles du comportement) mais également la gestion de la vie quotidienne.

La nature imprévisible de cette pathologie, tant sur son évolution que sur la façon dont elle se manifeste pour chacun, ainsi que les changements fréquents qu'elle entraîne comme par exemple les changements de la personnalité ont un impact majeur sur le vécu de la prise en soins pour l'aidant.

La quantité importante de travail que cela leur demande va avoir une incidence sur leur santé physique et psychique avec par exemple beaucoup stress, d'épuisement, des troubles dépressifs, et des troubles du sommeil.(31) Cela a donc pour conséquence une dégradation globale de l'état de santé des aidants.

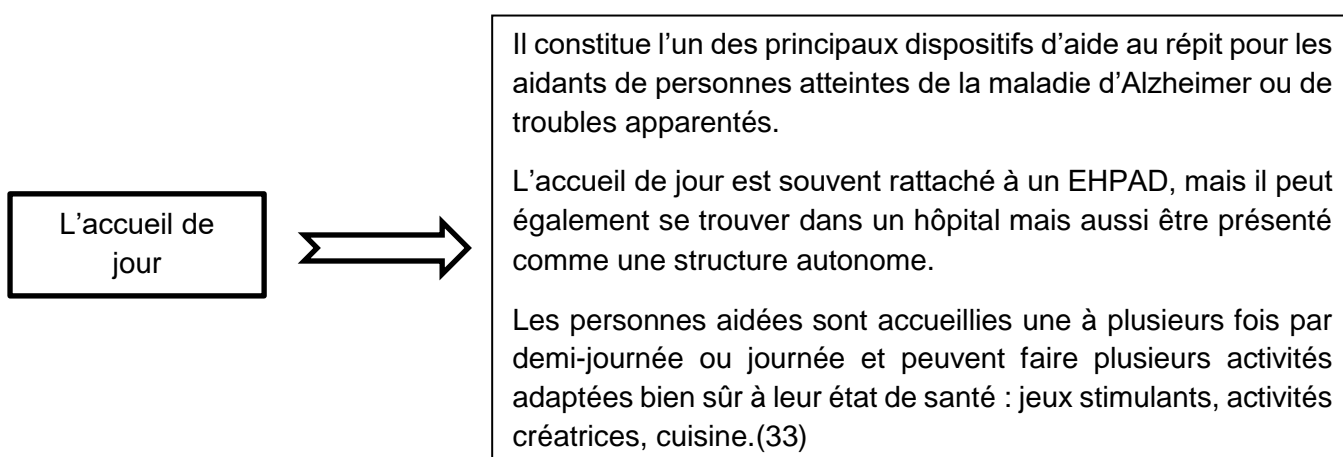
L'enjeu pour les aidants et leurs proches malades est le maintien à domicile. Pour permettre cela, la mise en place de services à domicile est indispensable. Parmi ces services, nous pouvons citer le service de soins d'aides à domicile (SSAD), le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), l'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que les professionnels libéraux comme les infirmiers, les médecins, les kinésithérapeutes. De même, nous pouvons également trouver les auxiliaires de vie sociale, les assistantes sociales, ainsi que les ergothérapeutes pour compléter l'accompagnement à domicile.(24)

De plus, les aidants doivent pouvoir bénéficier de structures de soutien et de répit ainsi que d'une collaboration interprofessionnelle efficace.

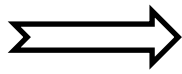
1.5. Structures de soutien et de répit aux aidants

Différents plans Alzheimer se sont succédés et ont développé des axes de soutien, répit aux aidants. Un premier plan avait été mis en place de 2001 à 2005, avec un soutien aux familles et la création des accueils de jour. Un deuxième plan de 2004 à 2007 continue les actions du premier plan. Celui-ci le complète avec des actions sur le renforcement de structures d'hébergement, la reconnaissance de la maladie ainsi que la création d'outils de formations et d'informations. Enfin, le plan 2008-2012, a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des aidants. (32)

Des structures existent pour soulager l'aidant et continuer de stimuler le proche malade.

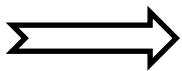


L'hébergement temporaire



L'hébergement temporaire est proposé pour des périodes plus longues allant de quelques semaines à 3 mois. La personne aidée est généralement accueillie dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), ayant des places réservées pour cela. Les résidences autonomie peuvent également proposer l'hébergement temporaire.(33)

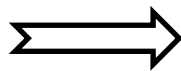
La plateforme destinée aux aidants



C'est une plateforme d'accompagnement et de répit destinée aux aidants pour des conseils, un soutien psychologique, mais aussi pour permettre aux aidants d'avoir du temps libre.

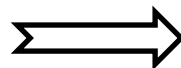
1.5.1. Autres structures de répit aux aidants

L'accueil de nuit



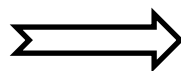
L'accueil de nuit est proposé par certains EHPAD, en semaine ou lors des week-ends.(33)

Les séjours vacances



Pour les proches malades, mais aussi pour les aidants, en fonction du projet de la famille. (33)

Le baluchonnage



C'est un concept récent utilisé au Québec et en Belgique : c'est une aide à domicile, permettant à l'aidant d'être remplacé à domicile. Cette aide peut aller de quelques heures à plusieurs jours avec une surveillance 24H/24. Ce système destiné aux aidants a inspiré la France : aujourd'hui, il existe des services de relayage où le principe est le même.(34)

Il existe également un autre dispositif, l'ESA qui va avoir une action d'accompagnement auprès des personnes malades, et une action également auprès des aidants. Ce dispositif nous intéresse dans ce travail d'initiation à la recherche.

2. Le fonctionnement en ESA

L'ESA a été créé par la mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012 pour la mise en place d'une prise en soins adaptée à domicile afin que la personne malade puisse vivre le plus longtemps à son domicile.(35)

C'est une équipe composée d'une infirmière coordinatrice, d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien, et d'assistants de soins en gérontologie.

Les ESA sont toujours rattachées à un SSIAD ou à un service polyvalent d'aides et de soins domicile (SPASAD).

2.1. Le cadre réglementaire en ESA

Les ESA ont été créées par le mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012 comme dit précédemment qui est « *le renforcement de la prise en charge à domicile par la constitution d'équipes spécialisées* ». (36)

La mesure 6 du plan Alzheimer s'inscrit dans l'axe I « *améliorer la qualité de vie des malades et des aidants* » et dans l'objectif 3 qui est de « *permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile* ». (37)

Les acteurs de ce projet sont la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA), le ministère chargé des affaires sociales, le ministère chargé de la santé en partenariat avec la haute autorité de santé (HAS).

Le plan Alzheimer 2008-2012 a pour objectif la création de 500 équipes spécialisées réparties de manière égale sur le territoire fin 2012. Le coût de ces 500 équipes spécialisées s'élevaient à 169 milliards d'euros au total. (38)

2.2. Intervention en ESA

Ce sont des équipes qui réalisent, sur prescription médicale des séances de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien des capacités restantes du malade, l'apprentissage de techniques de compensation, une adaptation de l'environnement permettant la sécurité du patient mais également celle de l'aidant. Chaque prescription peut ainsi faire l'objet d'une prise en charge par l'ESA qui réalisera 12 à 15 séances au domicile de la personne, sur une période de 3 mois maximum, celle-ci est renouvelable tous les ans. C'est une prestation entièrement financée par la sécurité sociale. Pour que l'ESA intervienne à domicile, il faut que la personne concernée ait été diagnostiquée de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à un stage léger ou modérée de la maladie. La pathologie du patient doit faire l'objet d'incidence sur les activités de la vie quotidienne du patient et/ou de son entourage. (38)

Les ESA regroupent différents professionnels. Une organisation interdisciplinaire est nécessaire pour permettre une prise en soins globale de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Parmi ces professionnels, on trouve une infirmière coordinatrice, qui est à 0,25 équivalent temps plein (ETP). Un ergothérapeute et/ou un psychomotricien travaille à 1 ETP, et des assistants en soins de gérontologie à 1,5 ETP. (38)

2.3. Les missions de l'ESA

En effet, l'objectif premier de l'ESA est de permettre à la personne malade de vivre le plus longtemps à son domicile en maintenant ses capacités résiduelles.

L'équipe réalise pour ce faire des séances de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien des capacités restantes du malade afin de permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible et retarder ainsi l'institutionnalisation.

La réhabilitation repose sur des objectifs de bien-être social et individuel. Dans la maladie d'Alzheimer, la réhabilitation n'a pas pour objectif la récupération des capacités perdues mais a pour but d'adapter l'environnement à la personne.

La réhabilitation est un processus qui a pour objectif d'amener le patient à un état de santé le plus proche possible de celui qu'il avait avant. La réhabilitation concerne autant les capacités physiques que les capacités intellectuelles.

Dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés, nous savons que la personne ne pourra pas retrouver l'état de santé antérieur à la maladie, mais le but est de maintenir ses capacités physiques et intellectuelles pour assurer le maintien à domicile le plus longtemps possible.

La réhabilitation a plusieurs objectifs (39) :

- Écouter les attentes de la personne malade et de son aidant
- Évaluer les capacités de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne
- Fixer avec l'aidant et le malade un objectif thérapeutique en tenant compte des capacités de la personne pour que l'objectif soit réalisable
- Mettre en place des médiations, des activités significatives, utilisant les capacités restantes du patient
- Soutenir l'aidant par divers moyens : éducation thérapeutique, soutien, groupe de parole

2.3.1. La prise en soins en ESA

La prise en soins se compose de trois grandes étapes (36):

Le premier temps est la phase d'évaluation. Elle est réalisée par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien au domicile du patient. Ces derniers vont réaliser une batterie d'évaluations en vue de prendre connaissance des capacités préservées et des capacités déficitaires du patient. Parmi notre domaine d'expertise en ergothérapie, on peut trouver le MMSE, l'IADL, le SMAF mais aussi le BME.(40) Bien d'autres tests existent mais sont plus ou moins utilisés en ESA. L'ergothérapeute et/ou le psychomotricien va également mesurer l'impact de la pathologie sur le patient et sur son environnement (notamment sur les aidants). De cette phase d'évaluation, qui s'étend sur une à trois séances l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien isole 2 à 3 grandes difficultés qu'éprouvent le malade et son aidant au quotidien. Ces difficultés feront l'objet de la prise en soins.

Le second temps est la mise en place du plan d'intervention élaboré par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien. Les premières séances peuvent être réalisées par les professionnels précédemment cités mais par la suite ils peuvent déléguer certains aspects aux ASG qui assureront la poursuite de la prise en soins.(6)

Les activités mises en place par les professionnels sont axées sur l'aspect cognitif, la motricité et la préconisation d'aides techniques. Selon le cahier des charges, les activités ont pour but de conseiller, d'informer de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et de son entourage. De plus, les activités sont là pour stimuler les compétences résiduelles des patients, proposer des stratégies de compensation, renforcer la communication verbale et non verbale.(38)

Le dernier temps de la prise en soins est la partie bilan. L'ergothérapeute et/ou le psychomotricien rédigera un bilan des activités réalisées au regard du plan d'intervention élaboré en début de prise en soins. Ce bilan sera transmis au médecin prescripteur mais également à l'aidant.

2.3.2. Les actions menées

Le cahier des charges distingue trois types d'actions : une action auprès du malade pour préserver les capacités résiduelles, l'apprentissage de techniques de compensation et amoindrir les troubles du comportement. L'action auprès de l'aidant va permettre d'approfondir les compétences en tant qu'aidant, mais aussi une action de soutien et d'écoute. Pour finir, l'action sur l'environnement va permettre au malade et à son aidant de limiter les accidents afin favoriser la sécurité.(38)

Bien que l'ESA réalise diverses actions, le partenariat est primordial pour que la prise en soins du patient soit globale et qu'il y ait ainsi un suivi.

2.4. Le partenariat

Les équipes spécialisées développent des partenariats avec les consultations mémoire, les médecins spécialistes libéraux (neurologues, gériatres, psychiatres) et les médecins traitants. Cela dans le but de se faire connaître par les prescripteurs, élaborer un réseau efficace pour avoir ensuite un suivi global de la personne.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont été élaborés en juin 2000. Ils ont pour rôle de faire connaître aux personnes âgées leurs droits et l'ensemble des possibilités de prise en charge.(41)

Depuis 2008, la CNSA a pour mission la mise en œuvre de la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie aussi appelée par l'acronyme MAIA. Issues du plan Alzheimer 2008-2012, c'est une méthode qui a pour but d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus. Aujourd'hui, 352 dispositifs MAIA recouvre la majorité du territoire français.(42) C'est une méthode associant l'ensemble des acteurs engagés dans l'accompagnement d'une part des personnes âgées de 60 ans et plus qui sont en perte d'autonomie et d'autre part des aidants grâce à l'intégration des services d'aide et de soins. Les MAIA ont pour but de renforcer l'articulation et la complémentarité des différents acteurs du monde sanitaire, social et médico-social. (41) Ce sont des dispositifs de coordination de soins de proximité. Les MAIA sont là en soutien aux professionnels ayant des situations complexes.

3. Les professionnels en ESA

3.1. L'infirmière coordinatrice

Dans un premier temps, l'IDEC a un rôle dans la coordination de son équipe, des interventions et du suivi de celles-ci. Celle-ci a également un rôle dans la passation de la grille AGGIR. Cette grille permet d'évaluer les différentes activités réalisées ou non par la personne, cela dans le but de définir des « *groupes iso-ressources* ». Ces groupes sont au nombre de 6. Cette grille permet d'évaluer le niveau de dépendance de la personne afin de voir si la personne bénéficiera d'aides. Seuls les GIR allant de « 1 à 4 » ont droit à l'APA. (43)

Par ailleurs, elle informe et conseille le patient et ses proches sur la maladie. Elle les oriente vers d'autres relais, comme d'éventuels accompagnements sociaux ou médico-sociaux comme par exemple les accueils de jours, hôpitaux de jour, groupes de paroles.(44)

3.2. L'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Cette profession est réglementée par le code de la santé publique et nécessite une formation de trois années. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, restaurer et de permettre les activités humaines de manière autonome, sécurisée et efficace. C'est un professionnel qui travaille donc sur le quotidien, et qui va chercher des compensations, des stratégies pour que les personnes puissent de nouveau faire les activités qui sont signifiantes et significatives pour eux.(45)

Dans les équipes spécialisées Alzheimer, on retrouve soit un ergothérapeute, soit un psychomotricien. Dans le cadre de cette étude, je m'intéresse plus particulièrement au travail d'ergothérapeute.

3.2.1. Missions de l'ergothérapeute

Comme cité précédemment, l'objectif principal de l'ergothérapeute est de permettre aux personnes le maintien de leurs capacités résiduelles pour faire perdurer le maintien à domicile. Selon l'HAS, l'ergothérapeute remplit plusieurs domaines en ce qui concerne la réadaptation à domicile, des personnes présentant la maladie d'Alzheimer ou un trouble apparenté.(46)

Ces actions sont au nombre de 7 (46) :

- La réadaptation cognitive dans les activités de la vie quotidienne
- La préconisation et l'entraînement à l'utilisation des aides techniques
- La réadaptation de la mobilité et des transferts
- La prévention et le traitement des risques de chute
- Le positionnement des troubles posturaux assis et en décubitus
- Le développement des performances de l'entourage dans la prise en charge et l'accompagnement du patient
- L'aménagement de l'environnement

Toutes ces actions sont mises en œuvre par l'ergothérapeute lors des séances à domicile, après la réalisation du plan individualisé. L'ergothérapeute est également amené à travailler en étroite collaboration avec les assistants de soins en gérontologie. Il peut être amené à leurs déléguer le plan de soins.

3.3. L'assistant en soins de gérontologie

La formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie existe depuis l'arrête du 23 juin 2010.(47) La fonction d'ASG a été crée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012. L'assistant de soins en gérontologie se mobilise auprès de personnes âgées, dépendantes et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques.(39)

L'ASG est un aide-soignant ou une aide médico-psychologique ayant r ealis e une formation spécifique à la fonction d'assistant de soins en gérontologie et qui est déjà exp eriment e dans la prise en soins de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ils travaillent sous la responsabilité d'un professionnel paramédical comme par exemple un ergothérapeute ou un psychomotricien.(39)

L'ASG a pour fonction d'assurer l'accompagnement des personnes suivies avec pour objectif de (39) :

- Participer à l'évaluation des besoins de la personne âgée présentant différents types de déficiences (par exemple les déficiences physiques, psychiques..)
- Contribuer à la surveillance, au soutien des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants
- Maintenir l'autonomie dans les activités de vie courante
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé
- Participer au maintien des capacités de la personne
- D'assurer un accompagnement pour favoriser la communication et la relation à l'environnement en tenant compte des habitudes de vie de chaque personne
- Lutter contre l'isolement, trouver des activités significatives pour la personne

Ces professionnels orientent principalement leur travail sur l'occupation.

3.4. Les sciences de l'occupation

L'occupation tient une place fondamentale dans nos vies. En effet, pour Elizabeth Yerxa, « la science de l'occupation est une science qui s'intéresse à l'être humain en tant qu'être occupationnel ». Elle « justifie des pratiques en dehors du système de santé au service des populations vivant avec des ruptures occupationnelles ou à risque d'en subir ».(48) Nous avons tous ressenti à un moment de nos vies, une instabilité entre nos activités. C'est ce que l'on appelle « le d esequilibre occupationnel ».(49) Ce d esequilibre occupationnel est retrouv e dans certaines pathologies comme la maladie d'Alzheimer.(48) En ESA, l'occupation est utilisée. L'objectif pour l'ergothérapeute comme nous l'avons dit précédemment est de maximiser ou de maintenir les capacités résiduelles de la personne et de lui permettre de participer de manière autonome à des activités significatives de la vie quotidienne.(50) C'est pourquoi « les actions proposées sont des mises en situations d'activités thérapeutiques en rapport avec les situations de la vie quotidienne » mais également des activités créatrices entre autres.(38) Le tout est de donner un sens à l'activité, qu'elle plaise à la personne et que cette activité lui procure un bien-être.

3.5. Efficacité de ces interventions

De nombreuses études ont été faites sur les interventions des ergothérapeutes à domicile et montrent des bénéfices sur l'autonomie des personnes âgées. Celle-ci serait améliorée par la venue d'un ergothérapeute dans leur contexte de vie.(51) En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, Maud Graff, chercheuse en science de la santé et ergothérapeute, a réalisé avec plusieurs personnes une recherche sur le programme COTID (Community Occupational Therapy in Dementia). Celle-ci montre l'intérêt de mettre en évidence et de soutenir la participation des patients dans les activités de vie courante, présentant cette pathologie. Il est observé dans cette étude que la qualité de vie des patients et de leurs aidants est nettement améliorée.(51)

S'il existe des travaux sur l'efficacité des interventions en ESA, qu'en est-il de la collaboration ?

4. Le travail en équipe

Le travail en équipe dans les équipes mobiles comme l'ESA est indispensable. En effet, c'est une équipe composée de plusieurs membres, où « *la délégation du plan de soins* » se fait, de l'ergothérapeute aux ASG tout en gardant la responsabilité des objectifs fixés au départ lors de l'évaluation de départ. L'objectif étant d'apporter une prise en soins de qualité au patient ainsi qu'à sa famille. Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ? Quelles sont les différences entre collaboration et interdisciplinarité ?

4.1. L'interdisciplinarité

La loi du 4 mars 2002 a pour objectif de définir le rôle essentiel de chaque professionnel de santé, mieux répondre aux attentes du patient, d'améliorer les droits des patients mais également de garantir une meilleure prise en soins du patient.(52) Elle place le patient co-acteur de son projet de soins. Cela suppose le développement de pratique d'accompagnement thérapeutique allant de pair avec le développement de l'interdisciplinarité.

L'interdisciplinarité englobe la collaboration de différents professionnels et l'exploitation des compétences de chacun. Elle est basée sur l'interaction entre différents champs professionnels, comme le schéma ci-dessous l'illustre. Cela permet de regrouper toutes les informations et d'offrir aux patients une prise en soins de qualité.(53)

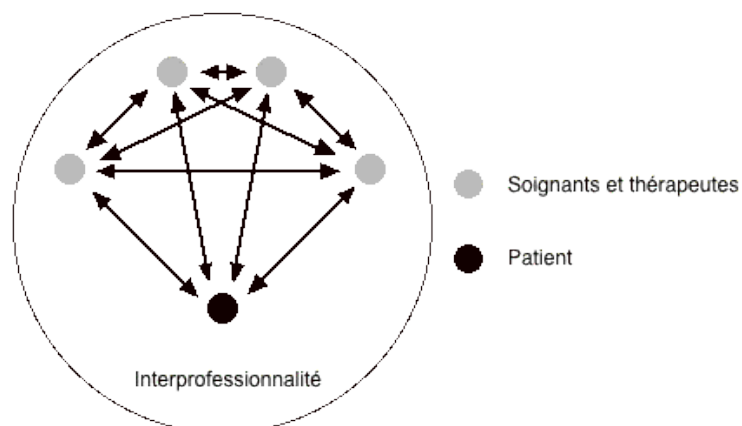


Figure 1: Interdisciplinarité, J-P GUIHARD

Face à la complexité des situations rencontrées dans le domaine de la santé, il est de plus en plus évident « *qu'il devient impossible d'agir en restant isolé et sans coopérer avec d'autres* » (Le Boterf, 2004).

L'interdisciplinarité suppose un travail en équipe ce qui nécessite une certaine cohésion et coordination, afin d'offrir des soins de qualité. Les objectifs de l'interdisciplinarité sont de travailler ensemble, de savoir coopérer, de penser et d'agir ensemble. Elle s'inscrit dans la stratégie des parcours des patients, et dans l'amélioration de la qualité des prises en soins. Enfin, elle favorise une relation privilégiée avec les familles des patients.

4.1.1. Le modèle systémique et l'interdisciplinarité

Ce modèle est centré sur le système et sur les interactions entre les acteurs du système. L'ergothérapie se focalise sur le rapport entre l'homme, l'activité et l'environnement et doit donc prendre en compte la complexité de la situation dans son ensemble. Cela consiste à repérer les difficultés du système et de mieux intervenir sur le dysfonctionnement de la situation.(54)

En effet, l'ergothérapeute est un professionnel au cœur de la prise en soins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants, et au cœur de leur environnement. En même temps il y a une interaction avec les différents acteurs pour permettre le maintien à domicile et pour que celle-ci se passe le mieux possible. Parmi ces acteurs, on peut citer les aides à domicile, les aides-soignantes, les gestionnaires de cas, les médecins mais aussi les professionnels avec qui l'ergothérapeute travaille en collaboration le plus étroitement à savoir les ASG.

L'ergothérapeute concentre donc ses efforts sur la communication entre tous les acteurs s'occupant des personnes à domicile. L'interdisciplinarité est indispensable pour ne pas manquer d'informations concernant le patient et sa famille et ainsi permettre une prise en soins de qualité.

Le travail en ESA implique donc une coordination interdisciplinaire avec un fonctionnement fondé sur des compétences pluridisciplinaires.(6)

4.2. La collaboration interprofessionnelle

La santé et le bien-être du patient est la préoccupation de notre métier. Selon l'OMS, « *la santé est un état de parfait bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». (55) Pour obtenir un travail de qualité, la collaboration est indispensable. Elle est basée sur un travail en équipe, où chaque professionnel maximise leurs compétences et leurs habiletés afin d'améliorer les soins des patients, mais également pour permettre un suivi de qualité.

Selon Danielle D'Amour, la collaboration interprofessionnelle est « *un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ». (56) De plus, elle facilite la communication entre les professionnels et permet de faire face aux problèmes qui dépassent les capacités d'une seule profession.

4.2.1. L'approche client centrée

La logique de collaboration est en lien avec l'approche client centrée. C'est une approche que l'on utilise beaucoup en ergothérapie. En ergothérapie, le thérapeute revendique les « *droits du client dans le but de répondre à ses besoins et il met en valeur l'expérience et les connaissances du client* ». L'approche centrée sur le client s'occupe de la personne dans sa globalité : on se doit d'être à l'écoute, nous prenons en compte l'environnement de la personne ainsi que celui des proches. L'approche est plus facilement utilisable au domicile parce que nous sommes dans l'environnement familial de la personne. Le thérapeute a une meilleure observation des difficultés de la personne et l'approche permet de voir comment la personne participe aux différentes activités dans son contexte de vie.(57)

Pour conclure cette approche, le fait de s'intéresser à la personne permet d'avoir l'adhésion du patient sur le plan thérapeutique ce qui est indispensable pour un travail s'étalant sur 15 séances, que ce soit pour l'ergothérapeute, l'assistant en soins de gérontologie, les aidants et les professionnels de manière générale.

4.2.2. La logique de la collaboration et ses déterminants

Logique de la professionnalisation		Logique de la collaboration
Vision mécaniste de la personne →		← Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de parties. La situation est objectivée →	P	← La personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu
La personne est non participante →	R	
	O	← Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle
On privilégie le pouvoir, l'autorité, l'expertise, la spécialisation →	F	
	E	← On privilégie le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques
	S	
Taxonomie rigide du savoir →	S	← Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité
	I	
Approche centrée autour des territoires professionnels →	O	← Approche centrée sur la clientèle
	N	
Les frontières sont étanches →	N	← Partage de zones d'intervention
	E	
Relations entre les professionnels sont parallèles, cumulatives et non-interactives →	L	← Partenariat interactif. Intersubjectivité permet une meilleure compréhension
On vise le contrôle, régulation d'un marché pour des services techniques →		← On vise l'approche globale et participative

Figure 2 : les éléments prégnants de la logique de professionnalisation et de la logique de collaboration

Ce schéma permet de voir que l'approche client centrée est un élément marquant la logique de collaboration. Un certain nombre de déterminants entrent en jeu dans la logique de collaboration.

Parmi les déterminants interactionnels, nous trouvons la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le leadership, le climat. Une prise de décision partagée ainsi qu'une discussion d'équipe est essentielle dans la collaboration. La cohésion étant reliée au degré d'affinité entre les membres, la motivation et l'engagement des membres envers l'équipe.

Les déterminants organisationnels se basent sur une organisation centralisée, ou décentralisée. Pour qu'une collaboration interprofessionnelle soit efficace, une organisation décentralisée serait plus privilégiée. En effet, l'égalité entre tous est importante pour faciliter la communication, la prise de décisions en commun et pour finir, le succès de la collaboration. (56)

Le système professionnel renvoie aux différentes professions : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes. Souvent, chacun reste sur cette identification de sa profession et reste centré sur son expertise. Il ne se démultiplie pas pour répondre aux besoins des patients.

Problématique et hypothèses

Nous avons fait plusieurs constats suite à des échanges et des expériences :

Constat 1 : les équipes ont des compositions ainsi que des fonctionnements différents

Constat 2 : les ASG sont très présentes au domicile (expérience de stage)

Compte-tenu de la différence de composition d'équipe et de fonctionnement des ESA, quelle est la pratique de collaboration entre l'ergothérapeute et l'ASG ?

Hypothèse 1 : la collaboration ergothérapeute-ASG est basée sur une supervision des actions du plan d'intervention sous la responsabilité des ergothérapeutes.

Hypothèse 2 : cette collaboration a un intérêt du point de vue de l'ergothérapeute car elle a un bénéfice pour le patient et sa famille.

Méthodologie de recherche

Nous nous sommes aidés de la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie par Sylvie Tétréault. Celle-ci explique qu'il y a différentes façons d'arriver à sa problématique.(58) Pour notre part, l'idée de cette problématique provient d'une expérience en ESA. De plus, des échanges avec des collègues de promotion ayant effectués également un stage en ESA nous ont interpellé sur la différence des pratiques. En effet, les différences de compositions et de fonctionnement des ESA nous font penser que la pratique de collaboration varie et qu'elle peut avoir un impact sur les bénéficiaires de la prise en soins. Cela nous a conduit à nous interroger sur la pratique de collaboration entre ergothérapeute et ASG.

C'est pourquoi nous avons choisi de faire un état des lieux de la pratique de collaboration de l'ergothérapeute et des assistants de soins en gériatrie au sein des équipes spécialisées Alzheimer.

Quoi enquêter ? Nous avons questionné la pratique de collaboration ergothérapeutes-ASG. De plus, nous avons interrogé l'apport de cette collaboration au sein des ESA pour les patients et les aidants. Pour finir, cette étude nous a permis de découvrir les ressentis des ergothérapeutes face à cette collaboration.

Qui enquêter ? Nous avons choisi d'effectuer cette étude auprès d'ergothérapeutes travaillant en ESA.

Comment enquêter ? Avec l'entretien de recherche. En effet, sa fonction principale est d'affiner la compréhension d'un sujet à travers l'expérience d'une personne.(59) L'entretien de recherche permet d'obtenir des faits, des jugements et des sentiments de la part des personnes.(60) Nous avons particulièrement choisi l'entretien semi directif, aussi appelé « entretien qualitatif ».L'entretien semi-directif s'appuie sur un guide d'entretien qui sert de base, avec quelques thèmes ciblés. On ne suit pas forcément le guide de manière continue, c'est un échange, une discussion plutôt qu'un interrogatoire. La personne est libre de s'exprimer et d'argumenter ses réponses. Pour finir, cela va nous permettre d'assurer la comparabilité des entretiens, en accord avec la question de recherche.

Un entretien (cf annexe) a été réalisé dans le but de questionner l'ergothérapeute sur son travail en ESA et plus particulièrement sur son travail de collaboration avec les assistants de soins en gériatrie.

Le guide d'entretien réalisé comporte plusieurs thèmes :

- Equipe et missions de chaque professionnel
- Fonctionnement de l'équipe spécialisée Alzheimer
- Collaboration ergothérapeute- ASG
- Focus sur l'ergothérapeute

Le guide d'entretien doit être utilisé de manière souple. En effet, nous devons vraiment nous adapter à l'enquêté, à son rythme, plutôt qu'à l'ordre que nous avons choisi. Nous devons faire preuve d'écoute, et favoriser l'ouverture de l'échange. L'entretien consiste en une discussion asymétrique. Discussion car il s'agit d'un échange dynamique : les réponses aux questions suscitent des réactions, des questionnements et des remarques de la part de l'enquêteur. Asymétrique car c'est la personne enquêtée qui raconte son expérience. (60)

1.Objectifs

- Faire un état des lieux de la pratique de collaboration entre ergothérapeutes et ASG
- Mettre en évidence les bénéfices ou non d'une collaboration auprès des patients et de leurs aidants
- Effectuer un comparatif entre les trois équipes spécialisées Alzheimer

2.Critères d'inclusion

- Ergothérapeute travaillant en équipe spécialisée Alzheimer
- Ergothérapeute travaillant avec des assistants de soins en gériatrie
- Ergothérapeute exerçant au moins à 50% d'ETP

3.Critères de non-inclusion

- Ergothérapeute travaillant dans une autre structure qu'une ESA
- Ergothérapeute travaillant sans assistants en soins de gériatrie
- Ergothérapeute ayant moins de 50% d'ETP

4.Choix des équipes spécialisées Alzheimer

Nous avons sélectionné quatre équipes spécialisées Alzheimer pour la recherche.

Ces équipes sont situées dans un secteur géographique assez proche, afin de faciliter la réalisation des entretiens. Nous avons également choisi de faire un entretien téléphonique exploratoire pour valider le guide d'entretien.

Au préalable, 1 entretien exploratoire a été réalisé pour plusieurs raisons. Tout d'abord cette entrevue nous permet de prendre des marques sur la durée de l'entretien. De plus, il sert d'essai, afin de voir les questions les plus pertinentes pour ensuite se focaliser sur ce qui nous intéresse vraiment.(61) Pour finir, il nous a permis de valider le guide d'entretien. Cet entretien étant riche d'informations, nous avons décidé de l'inclure dans les résultats ainsi que dans l'analyse.

Trois entretiens ont été réalisés en plus de l'entretien exploratoire.

5. Déroulement des entretiens

Le déroulement des entretiens a été similaire d'un entretien à un autre. Avant de commencer les entretiens, nous avons demandé l'accord des ergothérapeutes respectifs pour pouvoir enregistrer l'entretien afin de faciliter la retranscription. Ces personnes ont toutes acceptées d'être enregistrées. La rencontre avec les ergothérapeutes s'est effectuée dans différents endroits.

Entretiens :	Entretien exploratoire	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3
Lieux de rencontre	Par Skype pour cause d'éloignement géographique	Médiathèque hors temps de travail	Sur le lieu de travail de l'ergothérapeute	Fac de lettres, hors temps de travail

Tableau 1: Lieux de passation des différents entretiens

6. Durée de la recherche

La durée de réalisation des entretiens a été de 1 mois. En effet, nous avons au préalable contacté les différents ergothérapeutes afin de leur exposer notre sujet et ce que nous souhaitons faire. Le plus difficile a été de trouver un créneau leur convenant. Leur planning étant chargé, il a fallu trouver des dates rapidement. Chaque entretien a duré environ quarante minutes.

Ce travail de recherche a débuté en septembre 2018.

Résultats

Quatre personnes ont participé à l'entretien. Compte-tenu de la densité des résultats, nous avons fait le choix d'afficher uniquement les résultats susceptibles de répondre aux hypothèses. Nous avons volontairement fait plusieurs tableaux de verbatims pour faciliter la lecture des résultats.

La composition des équipes est présentée dans le tableau 2. Nous pouvons voir qu'il y a une disparité du temps de travail des professionnels.

Ergothérapeutes	Composition des équipes spécialisées Alzheimer	ETP
Ergothérapeute exploratoire Diplômée en juin 2018 Première expérience en tant qu'ergothérapeute (6mois)	Une IDEC	0,20
	Une Ergothérapeute	1
	Deux assistantes de soins en gériatrie	1,75
Ergothérapeute n°1 Diplômé en juin 2018 Première expérience (6 mois)	Une IDEC	0,25
	Un ergothérapeute	0,5
	Une assistante de soins en gériatrie	0,8
Ergothérapeute n°2 Diplômée depuis 2008	Une infirmière (à le rôle d'IDEC)	0,4
	Une Ergothérapeute	0,8
	trois ASG	1,8
	Une cadre de santé	0,005
	Une psychologue	0,10
Ergothérapeute n°3 Diplômée de 2014 2 ^{ème} expérience en tant qu'ergothérapeute	Une IDEC	0,25
	Une ergothérapeute	1
	Quatre ASG dont une en arrêt maladie	1,6

Tableau 2: Composition des équipes

1.Missions des différents professionnels en ESA

Les missions des différents professionnels sont décrites par les ergothérapeutes dans les tableaux 3,4 et 5.

1.1 Missions de l'IDEC

Ergothérapeutes	Missions IDEC
Ergothérapeute exploratoire	« elle a un statut de supérieur, l'ergo doit transmettre les informations concernant les patients. Elle est censée faire les entrées avec l'ergo mais n'a pas le temps donc ne fait pas de grille AGGIR »

Ergothérapeute n°1	« L'IDEC fait le premier rendez-vous à domicile avec l'ergothérapeute, la grille AGGIR est faite en équipe. Elle travaille sur 3 services : accueil de jour, SSIAD, ESA, mais elle passe plus de temps sur le SSIAD »
Ergothérapeute n°2	« la cadre de santé qui est l'IDEC a un rôle hiérarchique et auprès des instances. Il y a une infirmière qui fait le travail d'une IDEC mais qui n'est pas reconnue comme telle, et qui fait la première rencontre au domicile avec moi : elle s'occupe du recueil de données relatif à la grille AGGIR. Elle s'occupe de tout ce qui est administratif »
Ergothérapeute n°3	« elle est normalement là pour coordonner l'équipe, s'occuper des partenariats avec l'extérieur mais elle ne fait rien »

Tableau 3: Missions de l'IDEC

1.2 Missions des ASG

Ergothérapeutes	Missions ASG
Ergothérapeute exploratoire	« Je fais 2,3 objectifs de ce que j'ai vu lors des évaluations, et en fonction de ça je fais un point avec elles sur ce que je veux qu'elles travaillent mais c'est elles qui planifient leurs séances. Elles me demandent souvent conseils ou l'approbation. Elles travaillent en autonomie et je leur fais confiance »
Ergothérapeute n°1	« L'ASG fait les séances en fonction des objectifs fixés. Elle est autonome, et elle me demande conseils si besoin »
Ergothérapeute n°2	« Après les objectifs fixés, on fait une première visite ergothérapeute-ASG. Elles sont autonomes dans le travail et je leur fais confiance, je les laisse assez libres, elles choisissent les supports. Elles demandent conseils quand elles doutent »
Ergothérapeute n°3	« Je gère un peu le travail des ASG donc je les oriente sur les activités qu'elles peuvent faire selon quels objectifs » « Elles sont exécutantes, elles font ce que je leur demande de faire sans réfléchir. Je fais l'évaluation, les objectifs de cette PEC, et elles agissent en fonction de cette PEC »

Tableau 4: Missions des ASG

1.3 Missions des ergothérapeutes

Ergothérapeutes	Missions Ergothérapeutes
Ergothérapeute exploratoire	« Je fais tout ce qui est administratif, prises de rendez-vous. Je fais les évaluations de début de PEC et fin de PEC, les comptes-rendus. J'ai 2 patients c'est ma bulle d'oxygène. »
Ergothérapeute n°1	« J'interviens au début de PEC (pour faire le bilan), au milieu pour faire un point sur l'accompagnement et en fin de PEC. .. Il est déjà arrivé que l'ASG ait des difficultés avec une personne, du coup elle m'a délégué les séances. Je fais l'admission avec l'IDEC. Sinon je m'occupe de tout ce qui est administratif : prises de rendez-vous.. »
Ergothérapeute n°2	« Je fais les évaluations, plutôt ciblé cognitif, les rédactions des évaluations sur l'aspect cognitif, sur l'autonomie, sur les objectifs que l'on se fixe. Je fais la première visite avec l'ASG, j'y retourne à mi-parcours et fin de parcours. A mi-parcours j'y trouve vraiment de l'intérêt car il y a certaines choses sur lesquelles elles n'arrivent pas à avancer par rapport à certains objectifs. J'ai une patiente exceptionnellement »
Ergothérapeute n°3	« Mon rôle c'est d'évaluer, d'évaluer la situation des patients, ainsi que les activités qu'on peut leur proposer. Je réévalue la situation, les activités au fur et à mesure de l'avancement de la PEC. J'interviens au début de la PEC : l'entretien d'entrée qui se fait avec l'ASG, ensuite 1 ou 2 rendez-vous d'évaluations strictes (MMSE, grille AGGIR), à mi-parcours, j'y vais quand les ASG me le demandent, je n'y vais pas systématiquement, et en fin de parcours. Je prends quelques patients, soit pour des cas compliqués que les ASG ne se sentent pas capables de gérer comme les démences à corps de Lewy, aphasie ou parce que le contact familial est difficile »

Tableau 5: Missions des ergothérapeutes

2. Les moyens de communication entre les différents professionnels

Par ces divers entretiens, nous avons relevé différents outils de communication de la collaboration ergothérapeute-ASG.

- Transmission écrite

Les transmissions papiers écrites sont plus ou moins utilisées dans les ESA interrogées. L'ergothérapeute exploratoire vérifie de près le travail de ses ASG, celle-ci dit « jeter un œil de temps en temps sur les transmissions pour voir si elles sont bien écrites, si les termes sont adaptés pour que ça soit un minimum professionnel et que tout le monde puisse savoir de quoi il s'agit ».

L'ergothérapeute n°1 dit : « l'ASG ne laisse pas beaucoup d'informations, et donc difficile pour moi de faire les bilans finaux ».

L'ergothérapeute n°2 donne l'information des transmissions écrites faites par ses collègues, mais n'en a pas dit plus à ce sujet lors de l'entretien.

L'ergothérapeute n°3 m'informe : « les transmissions écrites ne sont pas faites par les ASG car celles-ci sont en difficulté pour les remplir, et que personne ne les regarde ».

- *Communication informelle*

Les ergothérapeutes ont ajouté l'importance de la communication informelle lors des trajets en voiture, repas, avant et après visite. L'ergothérapeute exploratoire me dit : « *on communique beaucoup, elles me disent ce qu'elles font au quotidien, il faut être à l'écoute et prendre le temps* ». L'ergothérapeute n°1 se prononce : « *on parle beaucoup avec l'ASG après les visites, les séances et des difficultés qu'elle rencontre* ». Il continue en disant : « *on parle à l'oral mais je ne retiens pas tout ce qu'elle dit* ». L'ergothérapeute n°2 rajoute aussi : « *on parle beaucoup lors des trajets, au bureau, on debrief, on recroise les données* ».

Quant à l'ergothérapeute n°3 : « *C'est vraiment informel, en revenant chez les patients, entre midi et deux. L'ESA de st Yrieix n'était pas complet, du coup j'ai tellement rempli à fond que parfois je n'ai même pas le temps de les voir, ou on se voit à peine donc c'est vraiment quand on peut* ».

- *Réunions*

L'ergothérapeute exploratoire nous explique qu'ils font des réunions toutes les semaines : « *Le mardi matin, on a la réunion de 8H30 à 10h, ce sont les transmissions. L'infirmière n'est pas souvent présente sur ces réunions. Elles font le point de ce qu'elles ont fait sur chaque patient, ça permet à tout le monde d'entendre, ça donne des idées d'activités aussi* ». L'ergothérapeute n°2 organise une réunion toutes les semaines également : « *tous les lundis matin, il y a une réunion en présence de toute l'équipe pour parler des patients. Chaque fois qu'on fait une évaluation, on en parle à la réunion et on présente la problématique, on a déterminé en amont qu'elle ASG interviendrait* ».

L'ergothérapeute n°1 souligne la difficulté à mettre en place une réunion : « *On essaie de mettre cela en place, pour le moment une par mois. La difficulté est de la caller entre les visites* ».

L'ergothérapeute n°3 affirme également la difficulté à faire des réunions : « *c'est un peu compliqué, ça fait que 6 mois mais on en a déjà faite une. Cette réunion a été centré surtout sur « qu'est-ce que l'ESA, qu'est-ce qu'on voulait travailler, comment nous on voulait investir l'ESA. J'aimerais par la suite faire une réunion sur l'analyse d'activité. C'est un peu compliqué au niveau de l'organisation car elles sont toutes sauf une à mi-temps sur le SSIAD et n'ont pas de jour régulier* ».

Les tableaux suivants nous présentent les bénéfices, les limites et l'apport de la collaboration ergothérapeute-ASG dans la prise en soins. Les ressentis dans leur travail en ESA seront ensuite abordés par les ergothérapeutes.

3. Les bénéfices de la collaboration selon les ergothérapeutes interrogés

Ergothérapeutes interrogés	Ergothérapeute exploratoire	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2	Ergothérapeute n°3
Avantages de la collaboration	« Elles sont au quotidien au domicile elles ont plus de réflexes parfois que nous parce que comme elles sont tout le temps avec les patients, finalement elles ont une certaine expertise, et donc des ressentis »	« L'ASG est toujours à domicile, les personnes se confient plus à elles, elle peut voir plus de choses que moi sur le bilan initial où les personnes sont un peu plus sur la défensive parce que c'est une nouvelle personne qui arrive dans leur domicile, la relation s'installe dans le temps donc c'est un avantage. Ça va permettre de créer une relation, et elle va me transmettre les ressentis et s'il y a des problèmes, des difficultés qu'elle a observé chez certains patients. »	« La collaboration apporte de la richesse parce qu'elles ont toutes beaucoup d'expériences et elles m'apportent aussi des choses donc ce n'est pas juste le fait de donner c'est aussi de recevoir donc on fait aussi des projets ensemble aussi donc pour la personne malade ce n'est pas une personne qui décide mais c'est toutes ensembles du coup j'inclus aussi la famille »	« Pour moi ça vient vraiment des 3 anciennes, de leur ancienneté et de leur façon d'être, et que du coup il y a des avantages. » elle ajoute également : « Le fait qu'elles sortent du SSIAD, qu'elles voient une autre façon de réfléchir, je trouve que ça leur a vraiment apporté une ouverture d'esprit et ça créer une ambiance dans l'équipe ESA qui est vraiment différente »

Tableau 6: Les avantages de la collaboration

4. Freins à la collaboration selon les ergothérapeutes interrogés

Ergothérapeutes interrogés	Ergothérapeute exploratoire	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2	Ergothérapeute n°3
<div data-bbox="165 644 479 762" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Limites de la collaboration </div>	<p>« Elles ont des compétences restreintes, on ne peut pas tout leur demander notamment sur la rééducation motrice, la stimulation à la marche et elles ne se sentent pas capable »</p> <p>« Elles ont parfois du mal avec le manque du mot, l'aphasie, c'est vrai qu'elles ont une petite spécialité et ne connaissent pas les pathologies »</p>	<p>« Ce qui n'est pas facile c'est de mettre en place des situations écologiques avec l'ASG comme la cuisine, car elle est assez rigide sur le temps de visite et elle veut absolument respecter donc des activités plus longues c'est plus compliqué à mettre en place »</p>	<p>« Ce qui est compliqué aujourd'hui dans mon équipe est l'aspect moteur car elles n'ont pas été formé à cela, elles ne se sentent pas à l'aise »</p>	<p>« Elles sont formatées techniques-soins-résultats visibles, et nous en ergothérapie pas du tout. Moi je suis très humaniste, j'y vais pour la personne, et tu trouveras toujours des objectifs à une activité, le tout c'est qu'elle se sente mieux et que ça lui plaise. Donc pour moi, la grosse limite est niveau des formations. Mes collègues ne sont pas à l'aise avec la motricité également »</p>

Tableau 7: Limites de la collaboration

5. L'apport de la collaboration dans l'application du plan de soins

Ergothérapeutes interrogés	Ergothérapeute exploratoire	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2	Ergothérapeute n°3
<div data-bbox="253 499 483 944" style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content;"> <p>Apport de la collaboration pour la qualité de l'accompagnement</p> </div>	<p>« Moi quand je vais au domicile des patients je leur apporte tout ce qui est théorique, toutes les questions qu'ils ont sur le devenir, on est aussi là pour poser des mots (.....) Les filles elles quand elles viennent c'est la bouffée d'oxygène c'est un petit peu le moment où l'aidant peut respirer et c'est aussi un moment cool pour les patients. Avec l'aidant, c'est surtout moi qui interagis parce que les aidants voient vraiment le moment où les ASG sont là pour un moment de travail ».</p>	<p>« Je pense qu'on a plus un impact sur le soutien de l'aidant notamment, qu'on puisse lui apporter des conseils, qu'elle puisse se retirer lorsqu'on intervient à son domicile pour faire autre chose »</p>	<p>« En fonction de la personnalité, de l'aspect humain, relationnel, on ne va pas avoir la même façon d'aborder nos collègues et les prises en charge. Ça va forcément avoir une incidence sur la dynamique de groupe »</p>	<p>« Vu que c'est une intervention ponctuelle, on a pris le parti d'intervenir un peu comme expert et d'intervenir surtout sur la mise en place de relais. Et ces relais, pour beaucoup de personnes, c'est autour de la perte d'autonomie et notamment d'autonomie à la toilette, et là c'est une vraie richesse pour l'équipe que les ASG soient formées aux soins d'hygiène, prendre soin du corps des gens, qu'elles ont aucun problème à faire accepter un soin d'hygiène alors que moi je suis beaucoup moins à l'aise, car en tant qu'ergo on n'est pas formé à ça. »</p> <p>« C'est aussi qu'il y ait plusieurs caractères et c'est important qu'elles soient différentes car on ne peut pas convenir à tout le monde par rapport aux patients. »</p>

Tableau 8: L'apport de la collaboration pour la qualité de l'accompagnement

6. Pistes d'amélioration proposées par les ergothérapeutes

Ergothérapeutes interrogés	Ergothérapeute exploratoire	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2	Ergothérapeute n°3
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Pistes pour faire évoluer la collaboration </div>		<p><i>« Pour moi pour notre collaboration ça serait qu'on ait tous les deux un temps plein, on aurait plus de temps pour communiquer avec l'ASG mais il faut que le financement suive »</i></p>	<p><i>« Moi je trouve que les réunions c'est un peu pesant car on n'attend pas les mêmes choses les unes des autres, la circulation de la parole ne se fait pas forcément correctement, on peut parfois manquer d'écoute, il y a des choses que j'aimerais améliorer sur cet aspect de comment mieux communiquer en réunion ».</i></p>	<p><i>« la formation est la clé pour faire évoluer cette collaboration, il faut leur donner les outils pour, parce que toute formation induit un changement dans ta façon de voir les choses » « je pense aussi qu'un outil de transmission adapté serait bien, car dans notre ESA, nous n'avons aucun système de transmissions, les dossiers patients sont papiers, personne ne les voit, ce n'est pas valorisant ».</i></p>

Tableau 9: Pistes pour faire évoluer la collaboration

7. Ressentis des ergothérapeutes dans leur travail en ESA

Ergothérapeutes interrogés	Ergothérapeute exploratoire	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2	Ergothérapeute n°3
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Ressentis des ergothérapeutes </div>	<p>« Sur tout ce fait un ergo, en ESA tu ne fais même pas 5% de ce que tu pourrais faire. Maintenant, je suis chef de service et je délègue tout aux ASG. »</p> <p>« Ce qui est frustrant pour moi c'est que je fais le sale boulot, les bilans, tu l'analyses, tu vois tout ce que tu voudrais travailler avec ce patient mais tu ne peux pas le faire, donc c'est un peu frustrant de devoir déléguer ton cœur de métier et ce que tu aimes faire avec les personnes à quelqu'un d'autre »</p>	<p>« Il y a un petit côté frustrant dans ce travail, car on n'est pas beaucoup en contact avec les patients, je délègue tout à l'ASG. Il y a parfois ce côté relationnel qui n'est pas facile à construire sur le long terme. D'autant plus qu'on vient pour évaluer »</p>	<p>« L'interprétation que je me fais du texte qui est l'ergo évaluée, rédige les bilans, décide des objectifs et supervise et délègue ces actes aux ASG cela me dérange, parce que je trouve qu'on est en train de créer des assistants ergo et qu'ils n'en ont pas le diplôme et je trouve que ça met à mal notre profession »</p> <p>« C'est frustrant de me dire que c'est quelqu'un d'autre qui fait mon travail car moi j'aime bien être au contact des gens et que l'administratif ce n'est vraiment pas mon truc et que j'ai l'impression d'avoir un rôle administratif »</p>	<p>« En tant qu'ergo je ne suis pas du tout épanouie parce que j'ai l'impression de faire du sale travail, parce que je n'ai pas le temps de réfléchir à mes activités, parce que je n'ai pas le temps de briefer mes ASG sur les analyses d'activité (...) Moi je fais ergo parce que j'aime les personnes j'ai envie qu'elles se sentent bien parce que je veux les aider à surmonter une situation de handicap au niveau occupationnel. C'est le but de mon métier. »</p>

Tableau 10: Ressentis des ergothérapeutes

Discussion

1. Interprétation des résultats

1.1 Supervision du plan de soins

Les résultats des entretiens permettent d'effectuer plusieurs constats concernant les missions de chaque professionnel.

Au vu des résultats, les ergothérapeutes ont un rôle administratif important pour la plupart d'entre eux, compte-tenu du faible taux d'équivalent temps plein de l'IDEC en ESA. Sur l'ensemble des équipes, le temps de travail des ergothérapeutes est plus important. En effet, sur les 4 entretiens, 2 ergothérapeutes nous ont partagé que la première visite à domicile se faisait avec le binôme ergothérapeute-IDEC. Par ailleurs, nous pouvons voir par les différents verbatims des ergothérapeutes que l'IDEC a un manque de disponibilité sur ce secteur : « *elle est censée faire les entrées avec moi mais n'a pas le temps* », « *elle passe plus de temps sur le SSIAD* ». L'ergothérapeute n°2 est la seule à nous avoir expliqué que l'infirmière de son ESA, qui fait le travail d'une IDEC, fait tout l'administratif, à savoir « *rentrer les données du patient, l'envoie aux caisses, l'envoie des courriers aux médecins, aux partenaires paramédicaux* ». Le rôle administratif que portent les ergothérapeutes interrogés en ESA n'est pas un rôle intégré dans les missions réelles des ergothérapeutes du cahier des charges des équipes spécialisées Alzheimer.

De plus, au vu des entretiens, les ergothérapeutes ont un rôle d'évaluateur : « *je fais les évaluations* », « *mon rôle c'est d'évaluer* ». En effet, au cours des quinze séances prescrites, les ergothérapeutes réalisent les évaluations de début de prise en charge et de fin de prise en charge. Pour certains d'entre eux, ils vont à mi-parcours chez le patient pour voir l'avancée de la prise en charge : « *A mi-parcours j'y trouve vraiment de l'intérêt car il y a certaines choses sur lesquelles elles n'arrivent pas à avancer par rapport à certains objectifs* ». Après avoir fait l'évaluation, les ergothérapeutes élaborent un plan individualisé de réhabilitation avec des objectifs fixés pour les 15 séances.(38)

Selon le cahier des charges, les séances au domicile sont faites par l'ergothérapeute, sur la base du plan individualisé fait en amont. Il est notifié dans ce cahier que les séances « *peuvent être déléguées pour certains aspects aux assistants de soins en gérontologie* ». Cependant, on peut voir par la lecture des résultats que ce sont les ASG qui réalisent la majorité des séances après s'être entretenus avec l'ergothérapeute sur les objectifs. Nous pouvons citer différents verbatims des entretiens qui le montrent : « *en fonction des objectifs fixés, je fais un point avec elle pour ce que je veux qu'elles travaillent* », « *Je les oriente sur les activités qu'elles peuvent faire selon quels objectifs* ». L'ergothérapeute n°3 parle même du terme d'exécutante : « *elles sont exécutantes, elles agissent en fonction de ma prise en charge* ». Ensuite, les séances sont gérées de manière autonome par les ASG : « *elle travaille en autonomie* », « *je leur fais confiance* ». Par ces verbatims, nous pouvons dire que les ergothérapeutes accordent beaucoup de confiance aux ASG. C'est un déterminant interactionnel de la collaboration que nous avons pu citer dans la revue de littérature. Par ailleurs, elles parlent beaucoup aussi de ce qu'elles font au quotidien, des difficultés ressenties, demandent conseils, et parfois l'approbation à l'ergothérapeute sur les activités, les supports proposés. Ces échanges ont souvent lieu lors de temps informel : « *on communique beaucoup, il faut être à l'écoute et prendre le temps* », « *on parle beaucoup au*

bureau, on debrief » « *c'est vraiment informel, entre midi et deux* ». La communication est un outil indispensable à la collaboration, pour le partage des savoirs, de points de vue qui peuvent être divergents et faire avancer la prise en soins dans le but qu'elle soit de qualité. C'est donc à la fois un accompagnement pédagogique, de management et de coordination de la part des ergothérapeutes, même si ce n'est pas écrit dans le cahier des charges.

Or actuellement, tous les ergothérapeutes interrogés ne vont quasiment pas sur le terrain, mise à part lors des évaluations/bilans, et lorsqu'il y a des cas difficiles. Ils disent « *déléguer* » toutes les actions même ce qui n'est pas du ressort de l'ASG, comme par exemple l'aspect moteur. On peut appuyer cela par les différents verbatims : « *Ce qui est compliqué aujourd'hui dans mon équipe est l'aspect moteur car elles n'ont pas été formé à cela* », « *elles ne se sentent pas à l'aise avec la stimulation à la marche* ».

En effet, ce sont des actes qui doivent être réalisés par un ergothérapeute, nous pouvons les retrouver dans la revue de la littérature comme « *la réadaptation de la mobilité* ». (46) Les ergothérapeutes ne suivent qu'exceptionnellement des patients, ce qui ressort chez eux un sentiment de frustration. Nous pouvons donc reconnaître qu'il y a une discordance entre ce qui est écrit dans le cahier des charges et ce qui se passe dans la réalité puisque la plupart des séances sont réalisées par les ASG. Lors de ces entretiens, les ergothérapeutes parlent même de « *déléguer leur cœur de métier* », « *déléguer tout aux ASG* », que ça soit « *frustrant que quelqu'un d'autre fasse mon travail* ».

Cela vient questionner la conception du métier par les ergothérapeutes et peut-être la non-intégration de cette nouvelle posture professionnelle qui renvoie à certaines compétences. Cela peut être déstabilisant et compliqué d'être sûr de telles missions, surtout lorsque ce que recherche les ergothérapeutes dans leur métier est d'être sur le terrain auprès des personnes. En effet, comme on peut le voir sur les différents verbatims : « *j'aime être au contact des personnes* » « *c'est frustrant de déléguer ce que tu aimes faire avec les personnes à quelqu'un d'autre* », « *c'est frustrant de me dire que c'est quelqu'un d'autre qui fait mon travail* ».

De plus, nous avons pu voir dans la partie théorique que les différentes pathologies cognitives connues avaient des répercussions sur la vie quotidienne. Chaque pathologie étant différente, la prise en soins ne doit pas être amenée de la même manière. Le professionnel utilise l'approche client centrée, il adapte chaque prise en soins en fonction de la personne. Concernant l'aspect cognitif, les ASG n'ont pas les mêmes connaissances, selon les ergothérapeutes interrogés. En effet, c'est une des raisons pour laquelle les ergothérapeutes suivent exceptionnellement des patients. Ces verbatims nous affirment cela : « *Je prends certains patients pour des cas difficiles à gérer pour les ASG comme les démences à corps de Lewy* », « *elles ont parfois du mal avec l'aphasie, le manque du mot, elles ne connaissent pas les pathologies* » Ce manque d'aisance concernant les troubles cognitifs est peut-être dû au contenu des formations qui ne sont pas les mêmes entre les différents professionnels. Le cœur de métier de l'ergothérapeute se situera plutôt sur des cas complexes mais il garde son processus en ergothérapie, avec son domaine de compétences. Cela nécessite une personnalisation de la prise en soins et contribue au travail de collaboration pour rester sur une pratique client centrée.

L'analyse de ces résultats nous permet de valider partiellement à l'hypothèse 1 : la collaboration ergothérapeute-ASG est basée sur une supervision des actions du plan de soins sous la responsabilité des ergothérapeutes.

En effet, par l'interprétation des résultats, nous pouvons voir que les ergothérapeutes posent les objectifs en accord avec le patient et la famille lors des évaluations et ils s'entretiennent ensuite avec leurs collègues ASG pour ce qui est du plan de réhabilitation. Ce sont les ASG qui font les séances par la suite. A ce niveau nous pouvons dire que la collaboration est basée sur une supervision des actions du plan de soins.

Cependant, cela ne donne pas satisfaction aux ergothérapeutes, car ils ont le sentiment de n'avoir qu'un rôle administratif et d'évaluateur. Ils disent « *déléguer leur cœur de métier* », « *ce que tu aimes faire avec les personnes* ». Les ASG agissent finalement selon les compétences de l'ergothérapeute, alors qu'elles ont leurs propres compétences. Cette notion de supervision n'est pas de « *faire comme* » mais de répondre à des objectifs fixés, rattaché aux missions des ASG. Cela remet en question la place de l'ergothérapeute, comme nous pouvons le constater dans un des entretiens : « *on est en train de créer des assistants ergos qui n'en ont pas la formation, et ça met à mal notre profession* ». Cela pourrait peut-être être vu différemment selon les ergothérapeutes en respectant les compétences des ASG qui ont une formation spécifique.

1.2 Les intérêts de la collaboration

Ces entretiens mettent en évidence que tous trouvent dans leur mesure un intérêt à cette collaboration en ce qui concerne l'accompagnement du patient et son aidant. Selon les ergothérapeutes interrogés, l'ASG étant le plus souvent au domicile, cela va permettre d'établir une relation de confiance sur le long terme et ainsi avoir certaines observations concernant le patient. La collaboration est intéressante à ce niveau-là : les ASG vont avoir un rôle de recueil de données d'observation comme les difficultés et ressentis par exemple. Celles-ci vont ensuite le transmettre à l'ergothérapeute qui va la réinjecter dans son processus en ergothérapie, afin de réajuster le plan de soins.

L'ergothérapeute quant à lui, tient un rôle important au niveau du soutien à l'aidant au vu des entretiens. Ce rôle auprès des aidants est axé sur les conseils, les informations concernant les relais. Les différents verbatims des entretiens nous le confirment : « *je leur apporte tout ce qui est théorique, toutes les questions qu'ils ont sur le devenir* », « *je pense qu'on a plus un impact sur le soutien de l'aidant notamment, qu'on puisse lui apporter des conseils* ». En effet, comme nous avons pu le relever dans la revue de littérature, une des actions en ESA se fait auprès de l'aidant, pour soutenir, écouter l'aidant mais aussi pour compléter leurs compétences.

L'équipe spécialisée Alzheimer n'intervient que sur 15 séances, sur un temps T. Ils doivent ainsi mettre en place des relais pour qu'il y ait toujours un suivi du patient. Dans ces entretiens, tous les ergothérapeutes interrogés travaillent avec des ASG qui travaillent sur le SSIAD en plus de l'ESA, ou qui étaient aides-soignantes auparavant. Une particularité de cette collaboration est que les ASG sont formés aux soins d'hygiène du fait de leur formation d'aide-soignante. Cet atout est relevé notamment dans un entretien : « *c'est une vraie richesse pour l'équipe que les filles soient formées aux soins d'hygiène, prendre soin du corps des gens, qu'elles ont aucun problème à faire accepter un soin d'hygiène* ». Celles-ci sont habilités à cela, contrairement aux ergothérapeutes qui eux, n'ont pas cette compétence.

Les projets, les « décisions » se font en équipe, comme peut le souligner un ergothérapeute lors de l'entretien : « *on fait aussi des projets ensemble aussi donc pour la personne malade ce n'est pas une personne qui décide mais c'est toutes ensemble, du coup j'inclus aussi la*

famille ». Cela est très important pour le patient et sa famille, notamment pour que le discours soit le même par tous les professionnels. Cela est essentiel pour établir une relation de confiance dès le départ, mais aussi pour le suivi de la prise en soins. L'ergothérapeute et les ASG se transmettent toutes les informations, sur un temps informel la plupart du temps afin que tout le monde ait les mêmes informations.

L'aspect relationnel, avec les différentes personnalités est également un phénomène observé dans les différents entretiens. Le fait d'être plusieurs personnes avec des personnalités, des approches différentes dans une équipe apporte de la richesse dans l'équipe mais également dans l'accompagnement du patient et de la famille. Cela permet à l'ergothérapeute de déterminer si son ASG qui peut potentiellement répondre aux attentes du patient et de ses proches.

Cela nous permet de valider l'hypothèse 2 : cette collaboration a un intérêt du point de vue de l'ergothérapeute car elle a un bénéfice pour la famille et le patient.

En effet, par l'interprétation des résultats, nous pouvons dire que cette collaboration a un intérêt pour l'ergothérapeute notamment au niveau de ce qu'apporte chaque professionnel dans leurs compétences respectives. L'ASG est un professionnel proche du patient car il est présent au domicile et permet d'établir une relation de confiance sur le long terme. L'ergothérapeute, lui, a plus un rôle à jouer auprès de l'aidant, en ce qui concerne les conseils, le soutien. Cette collaboration permet d'avoir une approche client-centrée, c'est-à-dire une prise en soins globale du patient.

2. Limites liées à l'étude

Des questions fermées ont été posées lors des entretiens. Le fait de s'éloigner du guide d'entretien nous renvoie malencontreusement à des questions fermées. Ce n'est pas évident car certaines personnes ne vont pas plus loin que des « oui » ou « non ». Il faut donc lorsque cela se produit, penser très rapidement à reformuler les questions. La reformulation n'est pas facile à appliquer et nécessite de l'expérience dans la conduite d'entretien.

La personnalité a également joué dans l'étude. En effet, lors d'entretiens, bien que nous essayions de mettre à l'aise la personne, il n'est pas toujours évident de répondre à des questions. Cela est peut-être dû au manque d'aisance à l'oral, à la personnalité de la personne elle-même. Des personnes vont avoir plus de facilité à parler de leurs expériences, d'autres moins.

De plus, les différences entre les années d'expériences des ergothérapeutes ont peut-être joué sur certaines réponses, notamment sur la partie collaboration. En effet, sur 4 entretiens, 2 ergothérapeutes sont des jeunes diplômés et ont 6 mois d'expérience. Il est donc plus difficile de prendre du recul sur certaines questions posées.

Nous ne pouvons pas dire réellement si les ASG effectuent le cœur de métier de l'ergothérapeute. Il aurait été intéressant d'interroger les ASG sur le regard qu'elles ont sur la collaboration, si elles utilisent les compétences de leur champ de formation..

Les quatre entretiens (incluant l'entretien exploratoire) nous ont apporté beaucoup d'informations concernant la pratique de collaboration en ESA et sur l'intérêt de la collaboration. Cependant, au vu de ce faible panel, nous ne pouvons pas donner une seule réponse de la pratique de collaboration en ESA.

3. Perspectives

Des pistes pourraient être proposées pour faire évoluer le sujet de notre étude, à savoir la collaboration en ESA. Des perspectives professionnelles ont été proposées au regard de quatre entretiens. Les éléments permettant de faire évoluer la collaboration seraient en lien avec les outils de communication, à savoir les réunions, les transmissions. La communication étant une base solide à la collaboration, elle doit être utilisée à bon escient. En effet, apprendre sur « *comment mieux communiquer* », « *comment avoir une meilleure circulation de la parole* » lors des réunions permettraient, selon un entretien, d'avancer sur les prises en soins et permettraient également des échanges productifs. Un système de transmission informatisée permettrait également une meilleure collaboration. Cela permettrait à tous les professionnels de savoir ce qu'ils font à domicile, et ce à une plus grande échelle : l'IDEC pourrait également voir le travail fourni et ainsi assurer son rôle de coordination des interventions.

Une formation supplémentaire pour les ASG permettrait de faire évoluer cette collaboration. Elles auraient plus de matières dans tout ce qui est pathologies, motricité, et cela leur permettrait de se sentir acteur dans leur métier, de se sentir à l'aise et de donner du sens à ce qu'elles font.

Il faudrait également que l'ergothérapeute fasse évoluer ses compétences en valorisant tout ce qui est de l'ordre de la coordination d'équipe, management, au bénéfice d'une pratique client centrée.

Nous pensons qu'il n'y a pas une pratique de collaboration, mais des pratiques de collaboration. Cela peut être dû bien sûr à l'organisation de la structure qui peut être différente les unes des autres mais également à l'implication de chaque professionnel dans cette équipe.

De manière globale, on peut noter l'importance de la collaboration au sein des ESA dû aux différents rôles des ASG et des ergothérapeutes. Cela permet une approche globale du patient.

Conclusion

La maladie d'Alzheimer et les symptômes apparentés présentent des tableaux cliniques variés qui engendrent des répercussions au quotidien. Ce sont les aidants qui vont accompagner leurs proches malades dans les activités de la vie courante. Devant les difficultés rencontrées au quotidien, ils se sentent démunis. Face à cela, le plan Alzheimer 2008-2012 va agir et ainsi permettre l'accès aux structures d'aides et de répit des aidants. Parmi ces dispositifs, nous pouvons compter les ESA. Un ergothérapeute et des ASG participent au suivi de ces personnes dans le but d'améliorer leur qualité de vie, celles des proches et de faire perdurer le maintien à domicile en leur proposant des solutions d'adaptations. Ces deux professionnels sont amenés à travailler en collaboration, afin de répondre au mieux aux besoins des familles.

Durant cette étude, nous nous sommes donc interrogés sur la pratique de collaboration ergothérapeute-ASG en ESA et sur l'intérêt de celle-ci. Différents entretiens ont été établis lors de ce travail d'initiation à la recherche. Ces entretiens ont permis de faire un état des lieux sur la pratique de collaboration ergothérapeute-ASG en ESA et également sur l'intérêt de cette collaboration. L'étude a permis de constater que la collaboration ergothérapeute-ASG en ESA est basée sur une supervision du plan d'actions et a un intérêt pour l'accompagnement du patient et de sa famille du fait de la complémentarité des deux professions. Cependant cela génère une remise en question de la place de l'ergothérapeute qui dit « déléguer son cœur de métier » et « déléguer ce qu'elle aime faire ». La collaboration est un concept intéressant et inévitable dans la prise en soins des patients, que ce soit en établissement ou à domicile. Cela permet de rendre crédibles nos actions aux yeux de tous. La collaboration doit continuer d'évoluer, afin que chaque professionnel puisse s'épanouir dans leur travail et utiliser leurs propres compétences.

Ce travail d'initiation à la recherche est un travail qui nécessite rigueur et implication. Il me permet de prendre conscience de l'importance du travail de collaboration par les compétences propres de chaque professionnel afin de permettre une prise en soins de qualité. L'approche client centrée est clairement identifiée dans la collaboration puisque nous prenons en compte la personne dans sa globalité afin de répondre à ses besoins.

Références bibliographiques

1. La démence [Internet]. [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Alzheimer (maladie d') [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
3. Accompagner les personnes malades [Internet]. France Alzheimer. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/mieux-combattre-maladie-aides-existent/risques-lies-a-laccompagnement-personnes-malades/>
4. Le nombre de personnes atteintes de démence devrait tripler au cours des 30 prochaines années [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>
5. Alzheimer : 900 000 malades, 2 millions d'aïdants, 19 milliards d'euros de coûts... et 0 traitement. 21 sept 2016 [cité 19 déc 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/09/21/alzheimer-900-000-malades-2-millions-d-aidants-19-milliards-d-euros-de-couts-et-0-traitement_5001325_4355770.html
6. Annexe 1 Cahier des charges des équipes spécialisées. :10.
7. La maladie d'Alzheimer et les autres démences / Maladies neurodégénératives / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>
8. LE CERVEAU À TOUS LES NIVEAUX! [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_08/d_08_cl/d_08_cl_alz/d_08_cl_alz.html
9. Les symptômes de la maladie d'Alzheimer [Internet]. France Alzheimer. [cité 28 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/symptomes-de-maladie-dalzheimer/>
10. Ankri J. Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*. 1 sept 2009;32 / n° 128-129(1):129-41.
11. Maladie d'Alzheimer : quels facteurs de risque ? [Internet]. Fondation Vaincre Alzheimer. 2015 [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.vaincrealzheimer.org/2015/10/30/facteurs-risques-maladie-dalzheimer/>
12. Kalpouzos et al. - 2008 - Réserve cognitive et fonctionnement cérébral au co.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: https://www.jle.com/download/pnv-279114-reserve_cognitive_et_fonctionnement_cerebral_au_cours_du_vieillissement_normal_et_de_la_maladie_dalzheimer--W@-2BH8AAQEAAgqKS6UAAAAF-a.pdf
13. La démence [Internet]. World Health Organization. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
14. 7 stades de la maladie d'Alzheimer : Échelle de détérioration globale de Reisberg [Internet]. Psychomédia. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur:

<http://www.psychomedia.qc.ca/maladie-d-alzheimer/2014-07-13/echelle-de-deterioration-globale-de-reisberg>

15. La démence [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
16. HAS. RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE
Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf
17. Les troubles cognitifs vasculaires [Internet]. CNRMAJ. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-alzheimer-jeunes.fr/les-troubles-cognitifs-vasculaires/>
18. Characteristics and Stages of AD/Dementia | Alzheimer's Disease and Related Dementias [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: https://www.atrainceu.com/course-module-short-view/1473197-55_alzheimer-s-and-related-dementias-module-01
19. Démence à corps de Lewy [Internet]. Association québécoise des neuropsychologues. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://aqnp.ca/documentation/degeneratif/demence-a-corps-de-lewy/>
20. Frontotemporal Dementia [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/types-of-dementia/frontotemporal-dementia>
21. Secall A, Thomas IC. L'accompagnement de l'aidant de la personne âgée atteinte de démence. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;N° 82(3):50-61.
22. Ennuyer B. Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? *Gerontologie et societe*. 2009;32 / n° 131(4):63-79.
23. Approches de la « culture du domicile » | Cairn.info [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-1-page-77.html>
24. Ennuyer B. Chapitre 6. Les acteurs clés du maintien à domicile. *Sante Social*. 2014;159-84.
25. Coût La facture, un enjeu majeur pour les familles [Internet]. France Alzheimer. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/cout-la-facture-un-enjeu-majeur-pour-les-familles/>
26. Ennuyer B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». *Gerontologie et societe*. 2007;30 / n° 123(4):153-67.
27. M.GRAFF, M.EN THIJSS, M.VAN MELICK, P.VERSTRATEN. L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants Le programme COTID. (de boeck).
28. Mollard J. Aider les proches. *Gerontologie et societe*. 1 sept 2009;32 / n° 128-129(1):257-72.

29. Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/>
30. DARNAUD T. L'impact familial de la maladie d'Alzheimer - Comprendre pour accompagner. Lyon: Chronique sociale; 2007. 150 p.
31. HAS. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_argumentaire_2010-03-31_15-38-54_749.pdf
32. plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf [Internet]. [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
33. Aides au répit pour les aidants familiaux : quelles solutions ? [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://essentiel-autonomie.humanis.com/etre-aide-lorsqu-aide-proche/aide-aux-aidants-solutions-souffler>
34. Huillier J. Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit. :54.
35. ste_20110006_0100_0165.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-06/ste_20110006_0100_0165.pdf
36. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-210 du 23 mars 2011 relative à la mise en oeuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (N°6) [Internet]. 2011. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-06/ste_20110006_0100_0165.pdf
37. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
38. CAHIER DES CHARGES DES EQUIPES SPECIALISEES ALZHEIMER A DOMICILE [Internet]. Disponible sur: <file:///C:/Users/asus%20eeebok/Zotero/storage/QUMHQ67K/Annexe%201%20Cahier%20des%20charges%20des%20equipes%20spécialisé.pdf>
39. Lavallart B, Flouzat J-P, Rocher P. Assistant de soins en gérontologie, CARE ASSISTANTS IN GERONTOLOGY : A SPECIAL SERVICE FOR OLDER PEOPLE DEPENDENT AND/OR SUFFERING FROM ALZHEIMER'S DISEASE. Gérontologie et société. 26 oct 2012;35 / n° 142(3):31-9.
40. Haute Autorité de Santé. Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf
41. Dossier : Coordination, intégration : Clic, réseaux, Maia | AgeVillage [Internet]. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.agevillage.com/n3--Coordination-integration-Clic-reseaux-Maia-47>

42. MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées | CNSA [Internet]. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
43. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
44. Annexe 1 Cahier des charges des équipes spécialisé.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2018]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Cahier_charges_equipes_specialisees.pdf
45. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
46. alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf
47. Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481436&categorieLien=id>
48. Meyer S. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. 1. 5 oct 2018;4(2):13-28.
49. Eric trouvé, Hélène Clavreul, Géraldine Poriel, Gaëlle Riou, Jean-Michel Caire, Nadège Guilloteau, Catherine Exertier, Isabelle Marchalot. Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive.
50. Eric trouvé, Jean-Michel Caire, Delphine Dechambre, Stéphanie Heddebaut, Hadj Kalfat, Tracey Rehling, Gwénaëlle Lefèvre, Guillaume Pelé, Frédérique Poncet, Cécile Dufour, Marie Palu. Données probantes en ergothérapie [Internet]. 2017. Disponible sur: <file:///C:/Users/asus%20eeebook/Desktop/modifications%20m%C3%A9moire%20analyse%20entretiens%202019/ANFE%20donn%C3%A9es%20probantes.pdf>
51. Accompagner la transition épidémiologique | Cairn.info [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-3-page-41.htm?try_download=1
52. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". Les Tribunes de la sante. 25 avr 2014;n° 42(1):27-33.
53. Formarier M. L' INTERDISCIPLINARITÉ. 2004;7.
54. Marie-Chantal Morel-Bracq. Les modèles conceptuels en ergothérapie Introduction aux concepts fondamentaux [Internet]. 2ième. 2017. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353273775-les-modeles-conceptuels-en-ergotherapie>

55. OMS | Vos questions les plus fréquentes [Internet]. WHO. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
56. Amour D d', Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*. 1999;17(3):67-94.
57. Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne: École d'études sociales et pédagogiques; 2007.
58. Tétrault Sylvie. POSER SA QUESTION DE RECHERCHE : PAR OU COMMENCER? 2015;1(2). Disponible sur: <file:///C:/Users/asus%20eeebook/Desktop/modifications%20mémoire%20analyse%20entretiens%202019/41-Texte%20de%20l'article-250-2-10-20160118.pdf>
59. Sylvie Tétrault, Pascal Guillez. Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck Supérieur;
60. Giraud C. Les techniques d'enquête en sociologie.
61. Nicolas - L'entretien comme méthode de recherche.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: http://staps.univ-lille.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien	51
Annexe 2. Exemple de passation d'un entretien réalisé	52

Annexe 1. Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN :

- Equipe et missions de chacun :
 - ❖ Parlez-moi de votre équipe
 - ❖ Compositions
 - ❖ Missions

- Fonctionnement de l'équipe spécialisée Alzheimer :
 - ❖ Parlez-moi de votre activité (tests, évaluations..)

- Collaboration ergothérapeute-ASG :
 - ❖ Parlez-moi de votre travail avec les ASG (de manière générale + outils en communs, temps de réunions)
 - ❖ Avantages/limites à la collaboration
 - ❖ Apport de la collaboration sur la relation de l'aidant et du patient
 - ❖ Pistes à améliorer pour faire évoluer cette collaboration

- Focus sur l'ergothérapeute :
 - ❖ Parlez-moi de votre parcours, expérience...

Annexe 2 : Exemple de la passation d'un entretien réalisé

1) Pouvez-vous me parler de votre équipe ? (compositions, missions)

- L'ESA de St Yrieix est composée d'une ergo à temps plein, de 4 ASG actuellement, dont une en arrêt maladie, bientôt une 5^{ème} qui va intégrer l'équipe sans formation pour compenser et d'une IDEC qui comme beaucoup d'ESA est absente.
- Les rôles de chacun :
 - L'IDEC est normalement là pour coordonner l'équipe, s'occuper des partenariats avec l'extérieur vu que l'ESA intervient ponctuellement auprès de la pers, donc c'est important de mettre en place des relais car nous on intervient à un instant T. 0,25 ETP, ça fait 2H par jour
- L'ergo son rôle c'est d'évaluer, et de faire le lien avec les médecins, d'évaluer la PA, sa situation, et les activités que l'on peut lui proposer, et du coup de gérer un peu le travail des ASG donc les orienter sur les activités qu'elles peuvent faire selon quels objectifs voilà et de réévaluer la situation, les activités au fur et à mesure de l'avancement de la PEC. Temps plein
- Les ASG sont juste entre guillemets exécutantes, c'est-à-dire qu'on leur demande de faire sans trop réfléchir, ce qui est une position très frustrante, elles sont quasi toutes en souffrance car elles doivent agir selon mes compétences finalement même si dans le cahier des charges ils disent bien que ce n'est pas une délégation, car c'est l'ergo qui définit l'évaluation la situation les objectifs toute la PEC, et elles elles agissent selon cette PEC, fin selon ce protocole, alors qu'elles n'ont pas la formation, qu'elles n'ont pas le recul non plus et du coup c'est une position très frustrante pour elle. Elles n'ont qu'une petite formation qui ne leur montre pas grande chose, c'est une information plus qu'une formation.

Après c'est une équipe qui roule, on fait de très bonnes choses surtout avec les 3 dernières qui ont été très bien briefées par ma prédatrice, qui a été géniale sur le rôle de l'ergo et ça a permis de développer leurs compétences.

Là il y a une nouvelle qui a été formée l'an dernier, et du coup c'est beaucoup plus compliqué pour elle, elle est vraiment frustrée elle est en souffrance. Ce n'est pas une souffrance négative, c'est une souffrance parce qu'elle voudrait faire mieux et elle n'a pas les moyens pour.

2) Fonctionnement de l'équipe spécialisée Alzheimer :

Est-ce que vous pouvez me parler de votre activité ? (je comprends dedans interventions, bilans, tests..)

En tant qu'ergo, j'interviens au début de la PEC pour ce qui est de l'entretien d'entrée parce que nous à l'ESA de St Yrieix on intervient sur 16 séances c'est-à-dire les 15 séances d'ESA et un premier rendez-vous qui est un rendez-vous présentation finalement, c'est juste aller vers la personne et lui demander si elle est d'accord. Ce premier RDV se fait avec l'ergo et

l'ASG qui sera délégué auprès de cette personne, ensuite s'en suit 1 ou 2 rendez-vous d'évaluations strictes en fonction de comment ça se passe , en fonction de nos disponibilités et de celle de la personne, car parfois l'évaluation pour la personne n'est pas possible avant le milieu de la PEC, parce qu'ils sont tellement dans le déni de la maladie de la démence et tout, qu'on ne peut pas leur faire passer un test puisqu'ils n'ont pas de problèmes, donc si j'essaie ils vont me jeter. Donc l'évaluation je la fais par l'observation, je ne peux pas faire le MMSE ou la grille AGGIR . Parfois je peux dès la première séance et parfois c'est très mal vu . Donc d'abord mettre en place la relation où la personne va être amené à t'accepter, puis t'accepter toi en tant que professionnel puis accepter le soin ESA et a ce moment-là on peut faire l'évaluation stricte. Après l'évaluation commence toujours par l'observation. Pour l'ESA normalement tu dois faire le MMSE et la grille AGGIR.

Ce n'est pas à l'IDEC de faire la grille AGGIR ?

Heu, .. je sais pas parce que moi c'est mon premier poste en ESA, et chez nous l'IDEC est pas vraiment disponible. Elle assure déjà deux temps pleins sur son temps, donc elle n'a pas de temps pour l'ESA et en plus elle n'a pas très bien compris ce que c'était.

La grille AGGIR pour l'ergo je trouve que c'est très difficile à remplir puisque finalement nous on voit les patients à la première séance pour l'évaluation, on est censé les revoir à mi-parcours pour une évaluation intermédiaire : ça se fait quand j'ai le temps, suivant l'avancement de la personne, suivant les disponibilités de chacun et on doit les voir à la fin donc comment tu veux en 3 fois faire une grille AGGIR. Parce que oui il fait oui il fait pas c'est facile à dire mais faut vraiment avoir confiance parce que il y a ceux qui se plaignent pour faire gonfler le GIR ou parce qu'ils veulent avoir plein d'aides ce qui ce comprend ils veulent se faire chouchouter à leur âge, et ceux au contraire qui n'ont aucune problème et veulent garder leur maison, leur autonomie ect du coup on peut pas trop se fier à leur parole. Il faut avoir une bonne relation avec eux et à partir de là ils vont te dire vraiment les choses.

La grille je la remplis à mi-parcours une première fois et après on se pose avec l'ASG pour en discuter et à partir de ça, on définit les questions sur lesquelles on a des doutes et elles vont se renseigner sur les séances qui restent. Le but c'est de la remplir à la fin, je la remplis juste pour le protocole, juste pour que les chiffres y soient.

Donc je vois le patient au début au milieu et à la fin sauf certains.

Après vu que ça se passe super bien avec les ASG et que je ne veux pas les mettre en difficulté, je les vois quand elles me le demandent, j'y vais pas systématiquement. Donc quand il n'y a pas de soucis et qu'on arrive à en discuter sans aller voir le patient, dans ce cas la je reviens pas le patient avant la fin et des fois où elles sont vraiment en difficulté et où dans ce cas la je vais revoir 5 6 fois la personne, ça dépend vraiment.

En ESA on va être vraiment sur l'adaptation à la personne.

Il y a une particularité à cette ESA c'est qu'on va très très loin car sinon on n'arrive pas à remplir le service car on est au milieu d'une zone blanche. On va loin au niveau territoire

mais du coup comme on va loin et qu'on a 30 minutes de route entre chaque patient on ne peut pas en prendre 4 dans la journée. Donc pour compenser ça, je prends quelques patients elle toute seule, soit pour des cas compliqués que les ASG ne se sentent pas de gérer donc ça peut être des démences particulières comme les démences à corps de Lewy, aphasie progressive ou juste des cas où la famille est compliquée.

Observations, entretien pour définir l'histoire de vie, cibler les loisirs, les activités et après ça me permet de faire un bilan des AVQ. Je fais mon entretien, j'en déduis l'histoire de vie, les capacités de la personne, les deux ça me fait l'évaluation des AVQ, donc activités signifiantes et significatives. A partir de ça, je fais un bilan par objectif c'est-à-dire selon les 4 types d'objectifs défini dans le cahier des charges donc espace et temps, motricité et équilibres, activités instrumentales et relation communication. Je réunis les données dans ça pour définir les objectifs qu'on va travailler et après j'essaie de prioriser les objectifs.

Au niveau des réunions, comment ça se passe ?

C'est un peu compliqué, ça fait que 6 mois que je suis là, mais on a fait une première réunion ASG-ERGO l'IDEC est arrivé à la fin pour avoir un compte rendu, et une autre est planifié fin mars mais un arrêt maladie va se rajouter donc je ne suis pas sûre que ça se fasse. Dans la première réunion, on a essayé de définir comme il y a une nouvelle ASG et ERGO, qu'est-ce que c'était l'ESA et qu'est-ce qu'on entendait par ESA, qu'est-ce qu'on voulait travailler, comment nous on voulait investir l'ESA, donc ça a vachement bien marché, on a décidé en Mars de parler de l'analyse d'activité pour leur donner plus d'outils pour comprendre ce qu'elles font, c'est difficile d'adapter quelque chose quand tu sais pas, souvent je leur dis cette activité peut être bien pour tel personne et elle arrive devant la personne et en fait la consigne tel que je l'ai défini ça marche pas, il faut bien qu'elle ait compris le pourquoi de cet activité pour pouvoir adapter c'est comme ça que une ASG s'est retrouvé à faire un tactil lettre (travailler les gnosies) avec une personne qui a une aphasie de broca je te dis pas l'échec.

Les ASG ont-elles des difficultés avec les pathologies ?

Alors oui mais on n'a même pas les diagnostics. Le problème c'est qu'on les a pas, la plupart du temps c'est pas diagnostiqué et les troubles cognitifs sont diagnostiqués trop tard

Il y a aussi un problème au niveau du système de santé en fait, le système de santé français est pas fait pour prévenir c'est tout, moi je le vois comme ça.

Donc pour les réunions, c'est quand vous pouvez ?

Donc c'est un peu compliqué au niveau de l'organisation mais dans l'idée ce que j'aimerais faire c'est une grosse réunion toute les 3 mois ou 6 mois pour parler de choses abstraites : analyse d'activité, le rôle de l'ASG, les formations à mettre en place ect.. et plus régulièrement donc par exemple tous les mois faire une petite réunion d'une heure où on pourrait parler des cas , des cas qui posent problèmes du coup en le préparant à l'avance et

ca les filles ont encore du mal parce que les aides-soignantes sont vraiment dans le faire, c'est dans le soin technique et il faut que ca agisse si ca réfléchit elles ont l'impression de perdre leur temps . Elles ont du mal à se poser pour réfléchir.

Ce qui pêche après du coup c'est que comme il y a beaucoup d'ASG dans l'ESA de st Yriex, elles sont toutes sauf une en mi-temps sur le SSIAD et n'ont pas de jour régulier alors pour avoir un jour où tout le monde est là c'est compliqué.

Au niveau de la communication du coup c'est plutôt informelle ?

C'est vraiment informelle, en revenant chez les patients, entre midi et deux. L'ESA de st Yriex n'était pas complet, du coup j'ai tellement rempli à fond , j'ai tellement rempli à fond que la communication informelle c'est compliqué même , parfois j'ai même pas le temps de les voir , ou on se voit à peine donc c'est vraiment quand on peut

En Tant qu'ergothérapeute, êtes-vous satisfaite de ce que vous faites à l'ESA ?

Je suis désolée parce que c'est une période très difficile pour moi sur le plan personnel, et tout mais l'ESA n'arrange rien du tout, je me sens très très mal et je pense même partir.

A quel niveau du coup vous vous sentez mal ?

A tous les niveaux, par rapport à l'incompétence et au manque de respect de l'IDEC, parce que du coup ma prédécédrice m'avait prévenu de la lourde charge administrative et du pseudo management qu'il y a en tant qu'ergo à l'ESA, moi j'ai fait un master en science de l'éducation dans l'idée de peut-être devenir cadre de santé donc je me sentais prête, j'ai aussi des compétences plus ou moins naturelles à déléguer et diriger, donc pour ca au niveau des ASG ca se passe très très bien. Dans cette équipe la je peux subir et encaisser la pression de l'extérieur, de la direction ect, je peux me donner à fond ect mais dans une autre équipe je pourrai pas parce que je sais que je vais me casser les dents et que j'ai pas envie, j'ai 28ans, 4 ans de diplômes et j'ai pas envie de faire un burn-out à ce moment là. J'adore mon métier d'ergo mais le fait d'être dégoûté comme je l'ai été les 4 semaines dernières non j'ai pas envie. Donc en tant qu'ergo je suis pas du tout épanouie parce que j'ai l'impression de faire du sale travail, parce que j'ai pas le temps de réfléchir à mes activités, parce que j'ai pas le temps de briefer mes ASG sur les analyses d'activité ect, parce que les évaluations sont faite à l'arrache parce que les comptes-rendus au médecin ne sont pas fait et parce que je passe mon temps au téléphone à appeler, et que je suis pas formée à ca , même si je ne sais pas ce que j'aurai fait sans avoir ce master, mais je ne suis pas formée à répondre au téléphone , car ça me coûte énormément, de prendre le téléphone, rentrer les données administratives. Moi je fais ergo parce que j'aime les personnes j'ai envie qu'elles se sentent bien t parce que je veux les aider à surmonter une situation de handicap au niveau occupationnel. C'est le but de mon métier.

C'est quand même enrichissant tu vois parce qu'on fait autre chose et le fait de partager avec les ASG, nos compétences et connaissances avec les ASG , de déléguer à quelqu'un d'autre c'est hyper chouette, parce que du coup tu leur dis de faire quelque chose en pensant une chose à travailler,un aspect de l'activité, et elles elles vont faire autre chose, et

on se dit pourquoi pas, car chacun est différent, ouais, ça fait parti du métier et c'est quand même chouette.

Moi ce qui me bouffe c'est le rôle de l'IDEC. Quand même pour la petite histoire, au bout de 2 mois de contrat, je suis allée la voir pour savoir comment gérer les entrées, car on m'a jamais appris comment gérer les entrées, alors finalement comment je choisis qui rentre en premier et qui attend, comment je fais .

Donc je suis allée la voir en lui posant la question et elle m'a dit : « Bénédicte ne stressez-pas, de toute façon l'ESA, ce n'est pas important ». C'est resté gravé.

3) Pouvez-vous me parler de votre travail avec les ASG, les avantages, les limites ?

Bah les limites pour moi c'est au niveau des compétences et de la formation. Quand on a parlé la avec les ASG lors de la première réunion, on a abordé le problème de l'occupation et c'est une grande question en ergo, je pense que tu en as entendu dans tes études. Occupation au sens anglophone, et je me suis retrouvée à leur expliquer ça. Parce qu'elles me disaient qu'elles étaient toujours en difficulté pour expliquer aux familles et là, la nouvelle « oui mais il faut que je prenne un jeu » alors je lui dis bah non c'est que ta deuxième séance, la femme est très anxieuse, tu y vas pour discuter et faire connaissance avec elle, et elle me dit « oui mais si son mari me voit il va penser quoi ? » elles sont vraiment là-dedans, elles sont formatées techniques-soins-résultats visibles, et nous en ergo pas du tout. Donc elles sont très en difficulté par rapport à ça. Donc on a beaucoup parlé d'occupationnel et de est-ce qu'on devait utiliser ce mot en le définissant, ou est-ce qu'on devait le bannir pour justement entrer dans quelque chose qui est plus médicale ect heu sauf que c'est pas du tout ma vision à moi elles ont pas de chance, je suis très humaniste. Moi j'y vais pour la personne, et tu trouveras toujours des objectifs à une activité, le tout c'est qu'elle se sente mieux et que ça lui plaise. Mais ça c'est un truc d'ergo et elles ne l'ont pas. Donc ça c'est la grosse limite et le gros point noir de la collaboration ergo-ASG qui n'est du coup pas du tout au niveau des personnes mais au niveau des formations.

Au niveau de l'aménagement elles me demandent, ou alors je fais en sorte de prendre ces patients là. Elles ont plus de mal avec la motricité.

Au niveau des avantages, je ne sais pas comment te dire parce que du coup je suis arrivée à l'ESA à une période de ma vie qui n'était pas simple, et les anciennes m'ont vraiment aidé et m'ont porté dans mon rôle d'ergo. Tu vois, a me dire « non mais la c'est normal que c'est toi qui nous dise, c'est toi qui sait », ou alors « non mais la c'est a toi de prendre la décision », « non mais bénédicte, c'est toi qui le fait ça », tu vois tout le temps, elles m'ont vraiment valorisé et m'ont porté je sais pas dans quel condition ça rentre, donc je sais pas comment te dire par rapport aux avantages.

Pour moi ça vient vraiment des 3 anciennes, de leur ancienneté et de leur façon d'être, et que du coup il y a des avantages.

Le fait de fonctionner en petite équipe comme ça et d'avoir une autre prise en charge que la technique du SSIAD je trouve que ça crée une ouverture d'esprit chez les 3 anciennes. Le fait qu'elles sortent du SSIAD, qu'elles voient une autre façon d'agir avec les patients, une autre façon de réfléchir et le fait que l'ancienne ergo comme moi on n'est pas des ergos techniciennes, on est plus vraiment dans la réflexion dans le côté humain et je trouve que ça leur a vraiment apporté une ouverture d'esprit et ça crée une ambiance dans l'équipe ESA qui est vraiment différente.

Après ouais au niveau des avantages à la collaboration je ne sais pas

Et Pour vous, quel est l'apport de cette collaboration sur la relation avec le patient et sa famille ?

Oui car du coup nous en tant qu'ESA, vu que c'est une intervention ponctuelle, on a pris le parti d'intervenir un peu comme expert et d'intervenir surtout sur la mise en place de relais. Et ces relais, pour beaucoup de personnes, c'est autour de la perte d'autonomie et notamment d'autonomie à la toilette, et là c'est une vraie richesse pour l'équipe que les filles soient formées aux soins d'hygiène parce que du coup par exemple Claudine, je ne comprends pas, elle a toujours un discours elle fait accepter l'aide à la toilette à n'importe qui c'est magique. Je pense que c'est parce que elle aime tellement son métier d'Aide-soignante, elle aime tellement ça soigner les gens tu vois, prendre soin du corps des gens, que ça doit se transparaître dans sa façon de présenter le truc et du coup elle a aucun problème à faire accepter un soin d'hygiène alors que moi je suis beaucoup moins à l'aise, car en tant qu'ergo on est pas formé à ça.

C'est une collaboration pour ça qui est intéressante, aussi le fait qu'il y ait des ASG et une ergo, c'est aussi qu'il y ait plusieurs caractères et c'est important qu'elles soient différentes car on ne peut pas convenir à tout le monde par rapport aux patients.

Mais je trouve que c'est une connerie d'avoir mis des ASG et une ergo, à part les mettre en échec ça n'a aucun sens. Tu mets un APA une psychomot une ergo et une psychologue, impeccable, coordonné par une assistante sociale magique sauf que ce n'est pas le même prix. Mais bon voilà

Si vous aviez des pistes pour faire améliorer cette collaboration, ca serait lesquelles ?

Ah ba une formation d'ergothérapeute pour les ASG, la clé elle est là, il faut leur donner les outils pour. Tu leur donnes les outils mais là c'est magique.

Après je pense aussi qu'un outil informatique et de transmission adapté serait pas mal parce que du coup dans notre ESA on a aucun système de transmissions, les dossiers patients sont toujours papiers, personne ne les voit, ce n'est pas valorisant et en plus comment tu veux quelles remplissent ça, elles n'ont pas les compétences pour les remplir, ça c'est la

première chose qu'elles m'ont dit « Bénédicte on est en difficulté pour remplir ça ». Pour moi elles ont une information sur le métier d'ASG, ce n'est pas une formation.

Après je pense aussi que la formation ne fonctionnerait pas si l'AS n'est pas vraiment motivé et si l'AS a la volonté. Parce que tout formation induit un changement dans ta façon de voir les choses, il faut accepter ce changement.

La nouvelle est encore beaucoup imprégnée de son métier d'AS. En tant qu'AS, elles sont dans un soin quantifiable, et a une ASG en ESA on leur demande de nature qualitatif et c'est tout un changement de paradigme en fait et ça elles ne pourront le faire que si elles veulent le faire et veulent y adhérer.

4) Parlez moi de votre parcours, diplôme expériences...

Alors je suis diplômée de Montpellier en 2014,

J'ai travaillé 2 ans en EHPAD en Dordogne, après j'ai décidé de reprendre des études en master de science de l'éducation à Limoges et je voulais continuer en thèses avec un boulot à temps partiel pour garder un pied en ergo et un pied dans la recherche, j'ai du prendre un temps plein CDI pour des raisons personnelles. Mon projet professionnel était de travailler à mi-temps, de former mon chien pour faire de la médiation animale, et de faire une thèse. C'est aussi une raison de mon mal être à l'ESA.

Etats des lieux de la pratique de collaboration entre l'ergothérapeute et les assistants de soins en gériatrie en équipe spécialisée Alzheimer

Le maintien à domicile est la préoccupation première des aidants et de leurs proches atteints de démences. Bien que les aidants naturels participent au maintien à domicile, les professionnels de santé de proximité sont également indispensables pour répondre aux besoins de tous, afin de pérenniser le maintien à domicile. La mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012 a permis la création des équipes spécialisées Alzheimer. Dans ces équipes, des ergothérapeutes et des assistants de soins en gériatrie pourront établir un plan de soins afin d'accompagner au mieux les patients et leurs aidants. De nombreuses études ont montré l'efficacité de ces interventions, mais qu'en est-il de la pratique de collaboration en équipe spécialisée Alzheimer ? Afin de répondre à ce questionnement, des entretiens semi-directifs ont été réalisés. L'analyse des entretiens nous montre que la pratique de collaboration entre ergothérapeute et assistants de soins en gériatrie est principalement basée sur une supervision des actions sous la responsabilité de l'ergothérapeute. Ces entretiens nous montrent également l'intérêt de la collaboration pour le patient et son aidant. Néanmoins, ces entretiens révèlent une frustration très présente de la part des ergothérapeutes qui semblent être loin de leur cœur de métier parfois. La collaboration nécessite d'évoluer davantage afin d'assurer une prise en soins de qualité pour les proches malades et leurs aidants.

Mots-clés : domicile, aidants naturels, équipe spécialisée Alzheimer, collaboration

Inventory of the collaborative practice between the occupational therapist and the gerontology care assistants in specialized Alzheimer team

Home support is the primary concern of caregivers and their family member suffering from dementia. Although natural caregivers participate in home support, proximity health professionals are also essential to answer everyone's needs, in order to sustain the home support. Measure 6 of the 2008-2012 Alzheimer plan has enabled the creation of specialized Alzheimer teams. In these teams, occupational therapists and gerontological care assistants will be able to establish a care plan to best support patients and their caregivers. Many studies have shown the effectiveness of these interventions, but what about the practice of collaborative in specialized Alzheimer team? In order to answer this question, semi-directive interviews were conducted. The analysis of the interviews shows us that the collaborative practice between occupational therapist and gerontology care assistants is mainly based on the supervision of actions under the responsibility of the occupational therapist. These interviews also show us the value of collaboration for the patient and his or her caregiver. Nevertheless, these interviews reveal a very present frustration from occupational therapists who seem to be far from their head of job sometimes. Collaboration needs to evolve further to ensure quality care for sick relatives and their caregivers.

Keywords : Home, caregivers, specialized Alzheimer team, collaboration

