

Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Contexte	1
1.2	Utilité sociale et intérêt pour la pratique professionnelle.....	1
1.3	Les questionnements	3
1.4	La revue littéraire	3
1.4.1	L'entrée en EHPAD.....	4
1.4.2	La place de l'ergothérapie.....	6
1.4.3	Participer socialement, bon pour la santé ?.....	7
1.5	La pré-enquête exploratoire.....	8
1.5.1	La première pré-enquête exploratoire	8
1.5.2	La seconde pré-enquête exploratoire	11
1.6	Le cadre théorique	13
1.6.1	La participation sociale	13
1.6.2	La collaboration et la coopération	15
1.6.3	L'activité.....	18
2	Matériel et méthode	20
2.1	Le choix de la méthode.....	20
2.2	Population.....	20
2.3	Le choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données.....	21
2.4	Le déroulement de l'enquête	21
2.5	Le choix de l'outil de traitements de données	22
3	Résultats.....	22
3.1	Les ergothérapeutes	22
3.1.1	L'analyse longitudinale.....	22
3.1.2	L'analyse transversale.....	24

3.2	Les aides-soignants.....	31
3.2.1	L'analyse longitudinale.....	31
3.2.2	L'analyse transversale.....	33
4	Discussion	36
4.1	L'interprétation des résultats	37
4.1.1	Le potentiel thérapeutique de l'activité repas	37
4.1.2	La participation sociale	39
4.1.3	La collaboration interprofessionnelle	40
4.1.4	La communication	42
4.2	La réponse à la question de recherche	43
4.3	Les critiques et limites de la méthode	44
4.4	Apports et limites des résultats et transférabilité pour la pratique professionnelle	45
4.5	Les perspectives de recherche	47
5	Bibliographie	48
6	Annexes	53
6.1	La méthodologie de la revue littéraire	54
6.2	Le tableau des résultats des banques de données de la revue littéraire	55
6.3	Le tableau de synthèse de l'analyse de la revue littéraire	56
6.4	La première pré-enquête.....	59
6.5	La seconde pré-enquête	66
6.6	Les schémas représentant les modèles conceptuels.....	69
6.7	La matrice théorique et trames d'entretiens	72
6.8	Les entretiens.....	77
6.9	Le tableau récapitulatif.....	97
	Résumé et mots clés	98

1 Introduction

1.1 Contexte

Je vais commencer par présenter les prémices de ma réflexion sur ce travail de mémoire. Le point de départ de ce choix a été un questionnement lors de mon travail estival en tant qu'aide-soignante en EHPAD¹. En effet, j'ai pu voir les bouleversements, la perte de mobilité, la baisse de moral ou les modifications des relations sociales, qui découlaient de ce changement de milieu de vie pour les résidents.

J'ai d'ailleurs rencontré une personne âgée qui venait de rentrer en EHPAD à la suite du décès de sa femme. Il m'avait parlé de ses habitudes de vie avec ses amis qui vivaient proche de chez lui et avec qui il partageait beaucoup d'activités. L'arrivée dans la structure le perturbait énormément. Je me suis alors demandé : comment était vécue l'entrée en EHPAD ? Comment les soignants pouvaient aider le résident à traverser ce changement de vie au niveau social ? J'ai donc parlé avec les autres professionnels de l'EHPAD pour obtenir quelques informations sur ce thème. À la suite de leurs conseils, j'ai lu les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM² sur la vie sociale des résidents en EHPAD. Après cela, j'ai voulu poursuivre mes recherches.

A la suite de ma formation d'ergothérapeute, j'ai voulu grâce à ce mémoire approfondir mes recherches, analyser ce questionnement et comprendre la place de l'ergothérapeute dans ce processus d'adaptation des relations sociales en institution. C'est ainsi que mon thème général a émergé : « **la participation sociale des personnes âgées en institution** ».

1.2 Utilité sociale et intérêt pour la pratique professionnelle

Selon l'INSEE³ (1), un vieillissement progressif de la population mondiale a été observé à la suite de transformations démographiques. En 2020, selon les projections, la France comptera 66 millions de personnes dont 26,4% de plus de 60 ans. Par comparaison, vingt ans plus tard, 31% de la population (70,7 millions de personnes) sera âgée de 60 ans dont 14,7% aura 75 ans ou plus.

¹ EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

² ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

³ INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

L'allongement de la durée de vie a mené à de nouvelles questions sur « le vieillissement en bonne santé » (2). L'OMS a alors envisagé différents plans pour « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tout âge ». L'un des objectifs généraux du plan national du « Bien vieillir » 2007-2009 (3) est de « favoriser le renforcement du rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale [...] ».

Dès 1996, la charte sociale européenne signale dans l'article 15 « le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté: favoriser leur pleine intégration et participation à la vie sociale, notamment par des mesures, y compris des aides techniques, visant à surmonter des obstacles à la communication et à la mobilité et à leur permettre d'accéder aux transports, au logement, aux activités culturelles et aux loisirs » (4). Aujourd'hui encore les autorités, grâce à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 14 décembre 2015, souhaitent « mobiliser tous les acteurs » (5) pour éviter l'isolement social et revaloriser les droits et les libertés des personnes âgées.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DRESS) (6) indique que, fin 2011, 700000 personnes environ vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

L'entrée en institution est « le plus souvent un acte ressenti comme imposé ». En effet, seulement 35% des résidents participent à la décision d'admission d'après l'enquête EHPA 2002 mené par la DRESS (7).

Selon l'Association nationale française des ergothérapeutes (8), 22 % des ergothérapeutes travaillent en secteur gériatrique en 2009. La demande de prise en soin des personnes âgées ne cesse de croître. D'après le référentiel d'activités de l'ergothérapie (9), l'activité quatre⁴ va dans le sens des politiques de santé publique. Grâce à leurs compétences, les ergothérapeutes peuvent conseiller et informer la personne sur « le rôle des activités dans la prévention et la promotion à la santé ». Ils les aident à traverser cette période de bouleversement personnel en améliorant leur quotidien.

⁴ « Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions »

1.3 Les questionnements

Mes questionnements motivant ce travail sont alors : Qu'est-ce que la participation sociale ? Quelle est l'influence de la participation sociale sur la personne âgée ? Comment la participation sociale en institution est-elle modifiée ? Quelle place a l'ergothérapie dans la prise en soin de la participation sociale ? L'ergothérapie permet-elle de favoriser la participation sociale ?

1.4 La revue littéraire

Nous avons réalisé une revue de la littérature afin de parcourir les textes publiés correspondant à notre thème général. Nous avons donc retenu six bases de données (Annexe 1) et sélectionné des documents adaptés à notre questionnement. Pour cela, nous avons choisi cinq mots-clés en français et traduit en anglais : participation sociale, personne âgée, ergothérapie/eute, institution gériatrique et EHPAD. Grâce à ce travail, nous allons conserver des documents suivants trois sélections : le texte, le résumé, le titre et pour finir une lecture personnelle des textes restants (Annexe 2).

Durant cette étape de nos recherches, nous avons listé tous les articles trouvés en ne conservant que ceux consultables gratuitement pour les banques de données et les livres accessibles. A la lecture des titres des textes, nous avons exclu ceux qui contenaient nos critères d'exclusion, par exemple la participation sociale à domicile ou pour les personnes en situation de handicap. En effet, la notion de participation sociale est très souvent analysée dans la pratique médicale et en particulier paramédicale.

Nous avons alors retenu dix-sept articles et livres de notre revue littéraire après avoir supprimé des doubles. Nous avons également pu faire une autoévaluation de nos mots clés (Annexe 1) qui nous ont mené à ces textes. A l'aide d'un tableau de synthèse, nous avons également pu compléter l'analyse de notre revue littéraire (Annexe 3).

Dans notre recherche de textes scientifiques ou professionnels, nous avons dû en retirer quelques-uns de notre revue littéraire. L'article de Vergoz V. (10), l'attention aux rôles sociaux de personne âgée accueillie en EHPAD, n'est pas scientifique. Elle témoigne de son expérience en tant qu'animatrice. Grâce à son analyse, elle fournit de nombreuses informations et répond à quelques questionnements. Toutefois, son article n'est pas scientifique selon le guide

d'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. C'est pour cela qu'après l'avoir lu, nous ne l'avons pas retenu pour notre revue littéraire.

1.4.1 L'entrée en EHPAD

Les EHPAD sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces structures médico-sociales ont pour but de garantir la qualité de vie de chaque résident. Ce lieu de vie propose un accompagnement global lors de toutes les activités quotidiennes (11). Afin de favoriser cet accompagnement, de nombreuses lois et recommandations sont mises en place par les autorités de santé.

« La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit de nouveaux concepts tels que celui de « projet de vie » qui vaut désormais pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, en vertu de la loi de 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. » (12)

La loi du 2 janvier 2002, dite loi n°2002-02, rénove l'action sociale et médico-sociale du 30 juin 1975. Elle permet de « garantir le droit des usagers » (12) et protège les résidents des maisons de retraite.

L'entrée en institution représente pour les personnes âgées un tournant (13) dans la vie. D'après une enquête de la DRESS de 2000, la première raison de l'entrée en institution est l'état de santé (14) et la majorité des résidents viennent de leur domicile.

L'entrée en institution et ses représentations

« L'entrée dans la vieillesse représente une nouvelle crise, crise d'identité : « ne plus être comme avant ». » L'entrée dans cet établissement ajoute de la confusion aux personnes âgées déjà affaiblies (15). En effet, cette période est vécue difficilement par les résidents. L'entrée en maison de retraite est la plupart du temps imposée par les proches (14). Selon plusieurs études, peu déclarent avoir participé à la demande d'admission. Pour eux, « entrer en maison de retraite, c'est entrer dans un lieu où l'on mourra. » (13)

D'après l'enquête EHPA réalisée par la DRESS, la participation du résident à son entrée en établissement permet d'améliorer le « vécu de l'institution » (14). Le niveau de contrôle lors de

cette période a ainsi une influence sur l'état de santé de la personne âgée au niveau émotionnel, cognitif et peut conditionner la sensation de bien-être (Rowe et al et Krantz et al).

L'ANESM a réalisé quatre volets ayant pour objectif la qualité de vie des résidents en EHPAD :

- Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement
- Volet 2 : Le cadre de vie et la vie quotidienne
- Volet 3 : La vie sociale des résidents en EHPAD
- Volet 4 : L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie

Le premier porte sur l'entrée en établissement et propose plusieurs recommandations afin de répondre à l'objectif entre le moment de la demande d'admission et les premiers mois de vie en établissement. Anticiper l'entrée, accompagner lors de la décision et améliorer l'accueil aident les personnes âgées à s'intégrer au mieux à ce processus d'entrée en EHPAD (11).

« L'entrée en institution implique souvent pour les personnes âgées une rupture avec le mode de vie antérieur et l'arrivée dans un monde clos. Aussi la vieillesse en institution a-t-elle été souvent décrite en termes de « mort sociale ». » (14)

Les modifications de la vie sociale

« L'entrée en institution ouvre ainsi à une nouvelle vie, à un nouveau statut [...]. » (16) Elle conduit à des changements de rôles sociaux qui correspondent aux relations que le résident a avec d'autres personnes.

En tout premier lieu, la vie en communauté entraîne des relations entre les résidents qu'elles soient obligatoires ou libres. Grâce à l'enquête résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées de 2007, la DRESS a constaté que 78% des hébergés d'EHPAD se sont faits des amis parmi les autres résidents. L'ANESM (16) propose de faciliter leurs relations dans la vie quotidienne en créant « un climat propice » aux échanges. De plus, l'entrée en institution entraîne une relation triangulaire « personne âgée/établissement/famille ». Celle-ci est parfois difficile à créer car chacun a une place à prendre dans le processus d'entrée en institution. En 2011, 9 résidents sur 10 déclarent recevoir des visites de leurs proches et 80% d'entre eux sont satisfaits de leur fréquence. Elles permettent de préserver le rôle de la personne âgée dans sa famille et favorisent la participation sociale. Une relation adaptée entre les proches et les professionnels permet aux résidents de ressentir des sentiments de « confiance et de bien-être ». Cette relation triangulaire permet un échange afin de mettre en place un

accompagnement « individualisé » comme le précise la loi du 2 janvier 2002 citée précédemment (12). Dans le projet personnel individualisé, les professionnels se renseignent sur différents aspects de la vie quotidienne (l'autonomie, les activités...). En 2008, l'ANESM, dans « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », écrit cette recommandation : « le projet personnalisé est élaboré pour toute personne après son admission dans la structure dans un délai qui doit être adapté à chaque situation, si possible dans les trois premiers mois et au plus tard dans les six mois suivant l'admission de la personne » (17).

Enfin, l'entrée en EHPAD diminue, voire annule, des relations avec l'extérieur de l'établissement. Elle défavorise des éléments de la participation sociale telles que la citoyenneté ou la participation économique. A cela s'ajoute la notion de sécurité qui est souvent demandée par l'institution et la famille. Elle est principalement liée aux déplacements. La haute sécurité de santé (HAS) recommande entre autres une action sur l'environnement et la présence de personnels (17). La sécurité vient remettre en question les libertés individuelles de la personne âgée et limite sa participation sociale.

1.4.2 La place de l'ergothérapie

L'ergothérapie en gériatrie

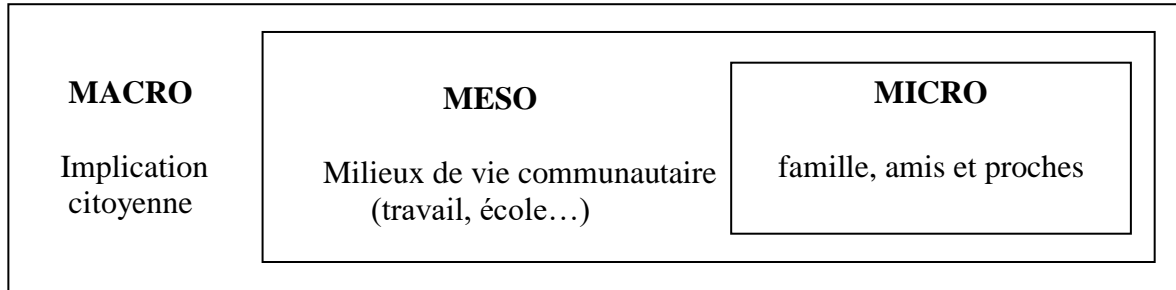
L'ergothérapeute est un professionnel de santé. Sa pratique est fondée sur le lien entre l'activité, la santé et le bien-être. Les ergothérapeutes travaillant avec les personnes âgées ont pour objectif de maintenir la participation aux activités quotidiennes ainsi que de prévenir des complications dues aux pathologies gériatriques (18). Pour l'association française des ergothérapeutes en gériatrie, les missions sont : l'amélioration de l'indépendance et de l'autonomie des résidents ainsi que la mise en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité.

L'ergothérapie et la participation sociale

Le modèle conceptuel du MDH-PPH⁵ de 1998 définit la participation sociale comme la « pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre 1) des facteurs personnels intrinsèques liés aux systèmes organiques et aux aptitudes et 2) des facteurs extrinsèques environnementaux sociaux ou physiques » (19). L'European Network of Occupational Therapy

⁵ MDH-PPH : Modèle de développement humain – Processus de production du handicap

in Higher Education (20) a ajouté la notion « d'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées ». Elle est influencée par des facteurs personnels et/ou environnementaux. Avec cette vision systémique, Loubat (2003) présente une schématisation représentant différents niveaux de participation sociale.



Comme dit précédemment, les niveaux de participation sociale dépendent de l'autonomie et de l'indépendance de la personne. Ces deux termes sont présents dans le langage ergothérapique. Larivière N., dans son analyse de ce concept (19), déclare que la participation sociale a une « résonance » pour les ergothérapeutes. Dans son ouvrage, Meyer S. (21) mentionne que la participation sociale fait partie des finalités des ergothérapeutes.

L'étude littéraire de Larivière N. indique que les instruments de mesure de la participation sociale sont ceux qui sont développés à partir « des modèles de la PPH et de l'OMS ». Elle précise que l'utilisation de la Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) semble adaptée dans le cadre d'une prise en soin en santé mentale. L'étude (22), *Measuring social participation : reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities*, propose également d'utiliser cet instrument de mesure pour les personnes âgées.

1.4.3 Participer socialement, bon pour la santé ?

Lors de notre recherche pour notre revue littéraire, nous avons pu trouver plusieurs études scientifiques portant sur l'impact de la participation sociale chez les personnes âgées. Elles sont pour la plupart européennes.

Ainsi, grâce à l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) de 2004, Sirven N. et Debrand T. (23) annoncent, dans un premier temps, que la participation sociale améliore la santé. Toutefois, ils expliquent également qu'un mauvais état de santé donne lieu à une participation faible à des activités sociales. Ceci prive la personne des effets

bienfaisants de celle-ci et entraîne « une probabilité plus forte de voir leur état de santé se dégrader plus vite ». Les auteurs vont même jusqu'à parler d'inégalité sociale.

Deux études considèrent que la participation sociale a des bénéfices sur la qualité de vie. La première étude (24) réalisée en 2004 par Levasseur M., Desrosiers J. et Noreau L. a pour hypothèse que la participation sociale, concept subjectif, est un élément fondamental de la qualité de vie. Pour cela, 46 personnes ont été interrogées grâce à l'index de la qualité de vie et la MHAVIE. Il a alors été déterminé que la participation sociale améliore de façon limitée la qualité de vie. De plus, lors des activités de la vie quotidienne, elle est moins importante pour les participants que la satisfaction quant à la manière dont elles sont réalisées. Ils ont aussi constaté que les rôles sociaux apportent plus de satisfaction que la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Les personnes âgées sont sujettes aux déclin cognitif et à la démence. De nombreuses études ont confirmé que de faibles liens sociaux favorisent un déclin cognitif. Zunzunegui et al. (25) annoncent que de bonnes relations sociales permettent d'améliorer la stimulation mentale continue. Elles protègent également face aux lésions dues à l'âge grâce à une meilleure structure neuronale. Les auteurs ajoutent que l'estime de soi et les compétences sociales, par exemple, apportées par la participation sociale préservent les capacités cognitives.

La dépression est le problème de santé mentale le plus courant. Elle est souvent associée à d'autres pathologies. Les auteurs de *Depression And Social Involvement Among Elder* (26) déclarent que les symptômes de la dépression accroissent avec l'âge. Il est apparu que les femmes présentes dans cette étude ont des niveaux de dépression plus élevés que les hommes. Selon ses résultats, la participation sociale permet, grâce à un engagement dans des activités, une prévention primaire de la dépression.

Pour finir, une étude allemande (27) a établi que la participation à des activités, accompagné par des amis permet, un recul de la mortalité chez les personnes âgées. Deux autres études réalisées par Nakanishi et al. vont également dans ce sens.

1.5 La pré-enquête exploratoire

1.5.1 La première pré-enquête exploratoire

Pour confronter la place de l'ergothérapeute à la réalité du terrain quant au concept de la participation sociale, nous avons réalisé une pré-enquête de terrain. Le questionnaire est l'outil

utilisé pour le recueil de données et il vise à affiner notre objet de recherche et à vérifier la pertinence de celui-ci (28).

Cette pré-enquête nous permettra de répondre à diverses questions : comment se déroule l'entrée de la personne âgée en EHPAD au niveau de l'ergothérapie ? Au niveau de la participation sociale, comment l'ergothérapeute l'intègre lors de la prise en soin (bilans, activités proposées...) ?

Population cible : Ergothérapeute intervenant ou ayant travaillé en maison de retraite (EHPAD ou EHPA)

Matériel : Le questionnaire comporte onze questions : une avec réponse binaire et dix questions ouvertes. Il a été mis en ligne sous forme de Googleform et a été envoyé à la population cible par différents moyens. Nous avons contacté par mail deux ergothérapeutes, l'association française des ergothérapeutes en gériatrie (AFEG) et par Facebook, le groupe « Ergo en EHPAD ». Nous avons conscience qu'utiliser un réseau social peut représenter un biais quant à la véracité de l'identité de la personne interrogée. Une retranscription des réponses fournies par les ergothérapeutes est disponible en annexe (Annexe 4).

La synthèse des résultats de la pré-enquête

Quatorze ergothérapeutes ont répondu à notre questionnaire. Ils travaillent ou ont travaillé dans un EHPAD.

Avant l'entrée de la personne âgée en EHPAD, l'ergothérapeute peut préparer son arrivée dans l'établissement. C'est le cas pour 71% des professionnels consultés. Les prises en soin débutent par l'entretien avec le résident et/ou la famille (42.8%), la préparation du matériel d'installation du résident (35.7%) ou la transmission des informations à l'équipe soignante (21.4%) recueillies lors de la pré-visite ou auprès de la structure précédente.

64% des personnes interrogées annoncent que l'autonomie et l'indépendance du résident lors des activités de la vie quotidienne (repas, transfert, déplacement...) sont une des priorités lors de son entrée en EHPAD ainsi que son installation matérielle (50%). Les ergothérapeutes expliquent que déterminer les habitudes de vie et centres d'intérêts (35.7%), amorcer l'intégration (14.3%) et la sécurité (14.3%) du résident au sein de l'établissement sont les éléments complétant la liste des priorités. D'après la dixième question de la pré-enquête, pour 46% des professionnels, les entretiens avec le résident, sa famille et le recueil des informations

permettent d'identifier les éléments constituant la participation sociale des personnes âgées avant leur entrée en EHPAD.

Pour la description de la participation sociale, les réponses sont diverses. Pour 57% des ergothérapeutes, elle permet de développer des liens sociaux avec son environnement. L'engagement / l'implication de la personne (43%) la rendre actrice de sa prise en soin. Elle demande une participation de la personne pour réaliser les activités dont elle a l'habitude (28.5%) et regroupe les rôles sociaux qu'elle a acquis ou qu'elle pourra acquérir (28.5%).

La participation sociale est un motif de prise en soin pour 53.8% des ergothérapeutes ayant répondu alors que 15.3% ont répondu négativement. Pour les autres ergothérapeutes (30.7%), ce n'est pas le principal déterminant. Cela dépend des objectifs et des attentes de la personne. L'un d'eux peut être la participation sociale.

La prise en soin au niveau de la participation sociale débute grâce à l'observation du comportement du résident (isolement, dépression...) par l'équipe soignante (85.7%), par l'ergothérapeute (35.7%) et par la famille (28,5%). Elle dépend également de la demande du résident (43%) et des résultats de l'évaluation initiale (bilans, entretien...) (21.4%).

Les ergothérapeutes qui évaluent la participation sociale (38,5%) utilisent principalement des outils tels que des observations ou/et des entretiens.

Pour poursuivre, les ergothérapeutes utilisent divers moyens pour lutter contre l'isolement social : les activités groupales (64%) et individuelles (21.5%), les sorties / échanges avec l'extérieur (28.5%), l'attribution de tâches (distribuer les journaux, mettre la table...) (14%) et l'adaptation de l'environnement (14%)...

Pour finir, 50% des ergothérapeutes n'emploient pas de modèle conceptuel lors de la prise en soin. La majorité, qui les utilise, s'appuie sur le modèle PPH.

Analyse de la pré-enquête

Cette pré-enquête exploratoire a confirmé qu'il découle de la participation sociale du résident en EHPAD des questionnements sur le terrain. D'une part, l'intérêt des ergothérapeutes est réel mais de nombreuses limites encadrent la pratique.

Grâce au résultat de la première question de notre pré-enquête, nous avons pu observer que les ergothérapeutes qui ont répondu travaillent en EHPAD. Pour notre travail de recherche,

nous travaillerons donc avec des ergothérapeutes travaillant en EHPAD plutôt que ceux en EHPA car rencontrer des ergothérapeutes dans ce lieu de vie est plus facilement réalisable.

L'observation globale des répondants est que la participation sociale n'est pas une priorité à l'entrée des personnes âgées en EHPAD. Toutefois, il est apparu que la majorité des ergothérapeutes la prennent en compte lors de leur prise en soin. Mais, la favoriser est difficile à définir en tant qu'objectif. Comme l'a indiqué Meyer S. (21), elle devient plutôt une finalité. Il ressort également qu'il n'existe pas de protocole ou de technique standardisée que ce soit au niveau des modèles conceptuels ou au niveau de l'évaluation.

De nombreux ergothérapeutes posent comme limite le fait de ne pas travailler à plein temps dans leur structure. Si lutter contre l'isolement social est une finalité de la prise en soin, le suivi particulier qu'il demande est alors difficile pour le professionnel. D'autant plus que la participation aux activités sociales demande un « engagement » des résidents, d'après la définition donnée par les ergothérapeutes lors de la pré-enquête.

L'isolement social a de lourdes conséquences sur la qualité de vie. Un accompagnement est proposé par l'ergothérapeute afin de favoriser la réadaptation des résidents en EHPAD. Si les ergothérapeutes ne disposent pas à eux seuls de tous les facteurs favorisant la participation sociale en particulier au niveau temporel, ils peuvent alors travailler avec d'autres professionnels. Nous posons donc comme hypothèse : **La collaboration entre l'ergothérapeute et les professionnels travaillant en EHPAD permet d'améliorer la participation sociale des résidents.**

1.5.2 La seconde pré-enquête exploratoire

Nous avons ainsi choisi de réaliser une nouvelle enquête exploratoire nous permettant de confirmer cette hypothèse.

Population cible : Ergothérapeutes travaillant en EHPAD

Matériel : Le questionnaire comporte trois questions : une question fermée à choix multiple et deux ouvertes. Il a été mis en ligne sous forme de Googleform et a été envoyé à la population cible grâce au réseau social Facebook : « Ergo en EHPAD ». Toujours dans l'optique de supprimer le biais cité précédemment, la première question de cette pré-enquête permet de confirmer la profession d'ergothérapeute des répondants. Toutefois, il ne sera pas

complètement supprimé. Une retranscription des réponses fournies par les ergothérapeutes est disponible en annexe (Annexe 5).

Analyse de la deuxième pré-enquête

Nous avons reçu quarante réponses à notre questionnaire d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD. Pour 95% d'entre eux, la collaboration entre l'ergothérapeute et les professionnels travaillant en EHPAD permet d'améliorer la participation sociale des résidents.

Les réponses à la seconde question sont diverses. Toutefois, la majorité (60%) ont répondu que l'animateur/trice est le plus à même de collaborer avec l'ergothérapeute ensuite nous trouvons les aides-soignants (47.5%), les psychologues (15%), les aides médico-psychologiques (AMP) (15%), les psychomotriciens (10%), les assistants de soins en gérontologie (ASG) (5%) et enfin avec 2.5% les infirmiers, les agents des services hospitaliers (ASH), les kinésithérapeutes et les intervenants extérieurs/bénévoles.

Pour finir, la troisième question avait pour but de découvrir une activité proposée en EHPAD permettant de favoriser la participation sociale. Deux réponses ont été majoritaires : les activités autour du repas (40%) et les activités de groupe (25%). Ensuite, les animations (22.5%), les fêtes/anniversaires (17.5%), les activités thérapeutiques (Silverfit, sophrologie, zoothérapie, atelier équilibre, activité manuelle, groupe de stimulation...) (17.5%), les sorties (15%), les soins personnels/déplacements, lecture du journal sont, entre autres, des réponses inscrites.

Cette nouvelle pré-enquête nous a permis de confirmer notre hypothèse. Pour les ergothérapeutes y répondant, les activités autour du repas permettent particulièrement aux résidents de participer socialement. Les aides-soignants sont cités à 75% par les ergothérapeutes lorsqu'ils marquent cette activité et les animateurs à 50%. Il vient par la suite les psychomotriciens, les psychologues et les ASG (12.5%) puis les ASH, les AMP et les infirmiers avec 6.25%.

Toutefois, les ergothérapeutes ont noté, dans leurs réponses de la pré-enquête, plusieurs professionnels (question 2) et activités (question 3). Seize ergothérapeutes ont inscrit l'activité cuisine/repas dont neuf uniquement celle-ci. La majorité (cinq personnes) ont répondu les aides-soignants, deux personnes ont noté les animateurs et une personne les ASG et les AMP.

Comme dit précédemment dans la revue littéraire, l'ANESM explique que le projet personnalisé individuel doit être réalisé avant le sixième mois après l'admission de la personne dans l'EHPAD. Il permet un suivi pluridisciplinaire et améliore la qualité de vie du résident. Il est alors important que la collaboration soit réalisée dans ce même temps pour favoriser l'accompagnement et l'adaptation de la prise en soin.

Nous pouvons ainsi poser notre questionnement théorique :

En quoi la collaboration entre l'ergothérapeute et les aides-soignants permet-elle de favoriser la participation sociale durant les temps de repas des personnes âgées résidant en EHPAD depuis moins de six mois ?

1.6 Le cadre théorique

1.6.1 La participation sociale

Le concept de la participation sociale apparaît pour la première fois, en 1921, dans les écrits de Boodin, philosophe américain (19). Puis, il a été développé dans les années 90 (4). La charte sociale européenne, en 1996, propose ainsi de « favoriser leur [personnes handicapées] pleine intégration et participation à la vie sociale ». En 2001, P. Castelin utilise la définition de la participation sociale donnée par l'OMS. Il s'agit de : « prendre part à une situation de la vie réelle, dans le contexte de la santé elle désigne l'implication d'une personne dans une situation de la vie réelle » (4).

En 1998, grâce aux travaux de recherches dirigés par Fougeyrollas P., le modèle conceptuel MDH-PPH (29) est développé (Annexe 1). Il définit alors la participation sociale comme étant « la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie. Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socioculturelle, ...) (4) ». En 2010, Fougeyrollas P. propose dans « La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du handicap », un modèle modifié (Annexe 1) à trois groupes en interactions (29). Les facteurs personnels se décomposent en trois parties : systèmes organiques (intégrité/déficience), aptitude (capacité/incapacité) et facteurs identitaires (facilitateurs/obstacles). Les facteurs environnementaux sont eux en rapport avec les trois niveaux d'interaction proposés par Loubat en 2003 et présentés précédemment : macro, micro et méso et s'apprécient selon une échelle correspondant à élément obstacle ou facilitateur. Les habitudes de vie, dernier groupe, comprennent les activités

courantes et les rôles sociaux qui sont définis. L'échelle est définie par : situation de participation sociale optimale / situation de handicap complète. La participation sociale est alors composée (4) :

1. Nutrition	6. Déplacement	10. Education
2. Condition corporelle	7. Responsabilité	11. Travail
3. Soins personnels	8. Relations	12. Loisirs
4. Communication	interprofessionnelles	13. Autres habitudes
5. Habitation	9. Vie communautaire	

Le cadre conceptuel du groupe Terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie (CCTE) a été proposé, en 2008, par le groupe ENOTHE⁶, réseau européen des écoles d'ergothérapie. Ce modèle apporte une vision globale de la situation et de la personne et permet une prise en soin centrée sur lui et sur le « faire ». Selon Turpin et Iwama, « il aide à organiser l'intervention et à développer son propre raisonnement en contexte et en s'appuyant sur les concepts-clés choisis » (30).

Ce modèle (Annexe 1) est composé de huit familles classées en trois sous-systèmes : monde interne au faire, interface du faire et le monde externe du faire. Elles se fractionnent en plusieurs concepts (motivation, environnement, habitude, rôle...) définis et utilisés en ergothérapie. Ils sont « dynamiques et flexibles » dans le système. La participation sociale fait partie du groupe « contrat social » faisant partie de la dernière catégorie. Dans le CCTE, la participation est définie comme « l'engagement par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées » (21). La participation sociale est ainsi l'engagement de la personne dans l'activité sociale.

Nous avons décidé de choisir le CCTE pour établir la matrice théorique. Il apporte une vision globale d'une situation et permet « aux thérapeutes d'être centré-e-s sur le client et sur le « faire » » (30). De plus, ce modèle, développé par des ergothérapeutes, définit de nombreux concepts importants en ergothérapie.

⁶ ENOTHE: European Network of Occupational Therapy in Higher Education

La participation sociale et les temps de repas

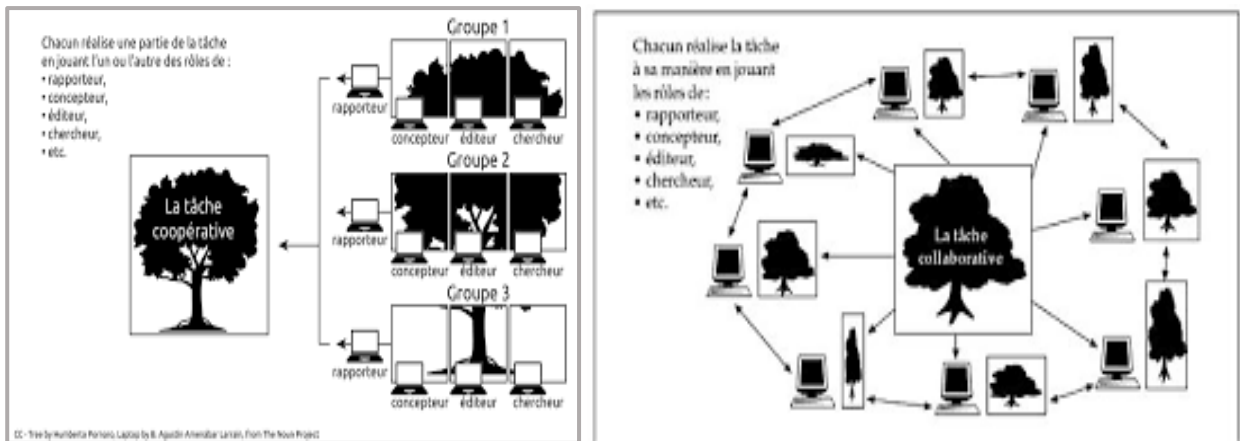
Selon Larivière N. (19), le domaine de la nutrition représente une des « activités courantes » présentes dans les habitudes de vie d'une personne. La participation sociale est ainsi liée à cet aspect vital.

Guérin L. (31) confirme que les temps de repas sont des moments indispensables pour lutter contre l'isolement social repéré en EHPAD. L'ANESM propose d'utiliser ces temps pour faciliter les échanges. Elle recommande de « faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité » participant ainsi à la qualité de vie en EHPAD. Dans les salles de repas collectives, des événements conflictuels entre les résidents rendent difficiles les notions telles que le plaisir ou la convivialité. En effet, l'inflexibilité de l'activité (plan de table ou horaire des services) ou les régimes alimentaires déterminés par l'état de santé favorisent la contrariété des résidents. Les notions citées précédemment sont donc fondamentales. Le « cadre social de la prise alimentaire (lieu, horaires, type de service) devient un critère aussi déterminant que le contenu de l'assiette ». L'environnement de l'activité repas est ainsi important que l'aspect nutritionnel.

1.6.2 La collaboration et la coopération

En 2012, selon Mourey F. et Outata S. (32), un travail interdisciplinaire semblerait témoigner d'une prise en soin optimale des personnes dans tous leurs besoins « L'approche multidimensionnelle biopsychosociale du soin [...] constitue aujourd'hui encore le fondement du soin de la personne âgée, principalement en raison de l'aspect multifactoriel du vieillissement. »

Le terme « collaboration » vient du latin cum laborare signifiant « travailler avec ». Il représente une organisation de travail spécifique entre les individus d'une équipe. Les professionnels forment une entité et progressent ensemble vers le but final fixé par tous les membres de l'équipe grâce aux tâches communes réalisées par chacun. Les professionnels peuvent s'appuyer sur les autres et communiquer entre eux pour faire progresser l'action. Le groupe devient une ressource, un soutien pour atteindre le but.



Ainsi, il existe une différence entre le travail collaboratif et coopératif. La principale, entre les deux manières de travailler, est la relation qu'entretiennent les membres du groupe. Le travail coopératif propose une « organisation collective du travail » (33) où chaque intervenant réalise une des sous-tâches permettant l'aboutissement de celui-ci. Abrami et al. ajoutent que leur division sont liées à « des responsabilités au sein de l'équipe » (34). C'est « une distribution rationalisée » pour chaque membre autonome. Chaque professionnel a une tâche à accomplir suivant ses compétences ou une distribution horizontale et équivalente (33). Chacun accomplit une action ou une activité qui lui permet de répondre à son propre objectif. A la fin, tous les travaux sont mis en commun afin d'atteindre un objectif final et commun. Le groupe propose ensuite la tâche qui donne lieu à « une production collective ».

« Le travail collaboratif nécessite ainsi des membres d'une équipe une plus forte interactivité et requiert plus de motivation et de confiance interpersonnelle. Le facteur humain (confiance, motivation, solidarité, respect, etc.) devenant central dans ce mode de travail collectif, il peut être parfois plus difficile à mettre en œuvre que dans le cadre d'un travail coopératif. » (33)

La définition du concept de la collaboration interprofessionnelle a été précisée par de nombreux auteurs et des points de vue divers ont été soulevés. Selon D'Amour, la collaboration interprofessionnelle consiste en « la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information... ». Elle nécessite des éléments externes à l'organisation (facteurs macro), des éléments qui lui sont propres (facteurs méso) et des éléments liés aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe (facteurs micro) (35). Au niveau des facteurs micro, l'équipe doit mettre en place une volonté de collaborer, une confiance mutuelle, une communication adaptée associée au respect. Les facteurs organisationnels dépendent de l'établissement : la structure, la

philosophie, le support administratif, les ressources et les mécanismes de coordination et communication. Pour finir, les facteurs macro structurels sont des facteurs externes à l'organisation tels les systèmes sociaux, culturels, professionnels et éducatifs.

La collaboration interprofessionnelle favorise une approche globale du résident et permet une meilleure prise en soin. Cet échange de compétences est en effet avantageux mais peut également entraîner des obstacles vis-à-vis des identités professionnelles au sein de l'équipe. En effet, lorsque l'identité professionnelle n'est pas correctement comprise, il peut y avoir des « tensions » en raison de sentiments d'intrusion dans les champs de compétences de chacun.

Dans les recherches, il existe diverses théories relatives à la collaboration interprofessionnelle dont les théories de « la structuration sociale ». Elles « s'intéressent à l'influence des facteurs sociaux structuraux sur l'émergence de relations de collaboration à l'intérieur d'un système en tenant compte des conditions présentes dans ce système » (35).

En 1997, D'amour propose le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Il se divise en quatre dimensions interconnectées et s'appuie sur deux études : Crozier et Friedberg (1977) et Friedberg (1993).

- La formalisation étudie des règles et/ou des procédures par exemple permettant de régulariser la collaboration grâce à une structure formelle. Elle regroupe la règle de la coordination de l'intervention clinique ainsi que celle des modalités d'intervention.
- La finalisation de la collaboration interprofessionnelle demande la présence de buts formulés et leur régulation durant l'action. C'est-à-dire qu'elle étudie l'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle et les transactions des acteurs autour des buts.
- L'intériorisation passe par un processus d'interconnaissance des disciplines, la création d'une relation de confiance et un partage des territoires professionnels. Il permet de prendre conscience des interdépendances entre les professionnels et de les réguler.
- La dimension de la délégation est visible à travers la notion de responsabilité. Elle peut être endogène ou exogène et avoir des effets d'intégration ou de différenciation.

La finalisation et l'intériorisation sont des dimensions relationnelles tandis que les deux autres évoquent des dimensions organisationnelles.

1.6.3 L'activité

Selon Barbier, en 2011, l'activité est « l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et /ou mental) et transformations de lui-même s'opérant à cette occasion » (36). L'ergothérapie établit le lien entre l'Activité humaine et la santé. Ainsi, la relation entre l'activité, la personne et son environnement est fondamentale dans les modèles ergothérapiques. Des « activités d'intérêts pour redonner un sens à leur vie et satisfaire leur besoin d'action » sont importantes pour les personnes âgées qui ont modifié ou perdu leurs rôles sociaux.

« [...] la prise en compte des activités signifiantes et significatives dans une approche top-down démontre aujourd'hui un potentiel encore plus intéressant pour faciliter la participation sociale des personnes en situation de handicap ou vulnérable. » (36) Pour l'ergothérapeute, permettre à une personne qui est en situation de handicap d'effectuer une activité, qui est importante pour elle, devient thérapeutique car elle améliore sa qualité de vie et son bien-être. (37) Ainsi, Leontiev distingue l'activité signifiante et l'activité significative. « Une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne, elle est significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social. » (37).

Pour les ergothérapeutes, l'engagement dans les activités qu'elle soit signifiante ou significative a de nombreux avantages. Il permet de faciliter le développement des capacités, le contrôle de l'individu sur sa vie et son environnement et l'amélioration de la qualité de vie (37). Csikszentmihalyi, grâce à la théorie du flow, en 1975, fait le lien entre l'engagement actif et le bien-être. Le flow est un état psychologique où l'individu s'implique, se concentre dans une activité et éprouve des sentiments positifs plus que de la crainte d'y participer. « Si une activité produit du flow, l'individu voudra continuer cette activité pour le plaisir, la jouissance que le flow a produite » (36). Divers critères permettent d'identifier l'apparition du flow :

1. Objectifs clairement définis
2. Perception d'un équilibre entre les compétences de l'acteur et difficultés de l'activité
3. Rétroactions claires et immédiates
4. Concentration sur la tâche
5. Sensation de contrôle de soi et sur l'environnement / Absence d'anxiété et d'ennui / Perception de bien-être

La mise en place du flow dans l'activité demande à l'ergothérapeute une préparation de l'activité et une recherche du potentiel thérapeutique de celle-ci.

Pierce D., en 2003, propose un modèle conceptuel (Annexe 1) composé de trois grandes dimensions permettent de développer le potentiel thérapeutique de l'activité en ergothérapie : les dimensions subjectives, les dimensions contextuelles et le processus de mise en place de l'activité. Les dimensions subjectives de l'activité, comme l'utilité de la production pour l'individu ou pour les autres, permettent de la rendre plus attractive. Les secondes dimensions prennent en compte l'environnement dans lequel évolue l'individu. Pour finir, l'ergothérapeute doit identifier la pertinence de l'activité pour atteindre les objectifs en l'analysant. D'après M-C Morel-Bracq (38), les outils conceptuels de Pierce D. permettent de comprendre le potentiel thérapeutique de l'activité.

Grâce à l'adaptation d'activité ayant du sens pour l'individu, l'ergothérapeute met en place une prise en soin thérapeutique. Ainsi, nous allons aborder succinctement l'intérêt qu'apportent les temps repas réalisés en EHPAD.

En EHPAD, « l'alimentation (...) a un rôle tout à fait original parce qu'il est au croisement du soin et de la convivialité mais également parce qu'il peut permettre à la personne d'être en lien avec l'extérieur durant un moment difficile dans un univers qui ne lui est pas entièrement dévolu » (39). De nombreuses études font le lien entre l'alimentation et la santé auprès des personnes âgées comme l'étude EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), en 1992, qui établit une corrélation entre l'alimentation et les cancers. « La nutrition est ainsi un important facteur de santé et de bien-être, donc de « bien vieillir ». »

Il a été inscrit, le 27 juillet 2010, un PNNS (plan national nutrition santé) dans le code de la santé publique (loi n° 2010-873, article L3231-1) montrant l'importance donnée par le Parlement à l'action de santé publique dans ce domaine (40).

Notre objet de recherche est :

Par quels moyens la collaboration entre l'ergothérapeute et les aides-soignants permet-elle de favoriser la participation sociale durant les temps de repas des personnes âgées résidant en EHPAD depuis moins de six mois ?

2 Matériel et méthode

2.1 Le choix de la méthode

Nous cherchons à comprendre si la collaboration interprofessionnelle entre les ergothérapeutes et les aides-soignants peut renforcer la participation sociale des personnes âgées en EHPAD lors des repas. Comme nous interrogeons différents professionnels sur leur ressenti lors de la collaboration et le fonctionnement interne des structures, nous pouvons envisager une « singularité » (28) des pratiques professionnelles. « Le sujet exprime la dynamique de sa vie (c'est ce que l'on a l'habitude de nommer sa parole et sa vérité). » Afin de répondre à la question de recherche, nous avons donc choisi la méthode clinique.

Elle nous permet de recueillir des informations qualitatives sur les expériences de notre population questionnée plutôt que quantitatives. L'outil privilégié de cette méthode est l'entretien semi-directif. Il permet une liberté d'expression de la part des répondants grâce une relation basée sur la confiance et l'écoute active. « C'est beaucoup plus qu'un outil, une rencontre avec l'autre pour un recueil de sa parole. » Toutefois, cette méthode exploratoire ne permet pas de généraliser les résultats obtenus.

2.2 Population

La question de recherche est destinée aux ergothérapeutes et aux aides-soignants travaillant en EHPAD. Cet échantillon a été sélectionné selon les critères d'inclusion suivants pour les deux professionnels :

<u>Les ergothérapeutes</u>	<u>Les aides-soignants</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Etre ergothérapeute diplômé - Travailler en EHPAD - Participer aux temps de repas 	<ul style="list-style-type: none"> - Etre aide-soignant - Travailler en EHPAD - Avoir un ergothérapeute dans sa structure qui participe aux temps de repas

Lors de nos premières demandes d'entretiens, nous avons privilégié le contact avec des établissements situés à proximité de nous afin de favoriser les rendez-vous en face-à-face.

Trois ergothérapeutes ont été contactés individuellement par téléphone afin d'avoir leur consentement puis des mails ont été envoyés pour confirmer la date de l'entretien. Selon les disponibilités de chacun, un entretien a été réalisé par téléphone et deux autres en face à face.

Afin d'interviewer les aides-soignants, nous avons cherché à joindre des aides-soignants travaillant avec les ergothérapeutes interrogés et des aides-soignants de quatre EHPAD où interviennent des ergothérapeutes. Deux cadres de santé ont répondu à notre demande et nous ont permis de questionner trois aides-soignantes. Deux d'entre elles ont accepté un entretien en face-à-face et la dernière a préféré un rendez-vous téléphonique.

Pour préserver l'anonymat des participants nous nommerons les ergothérapeutes : E1, E2, et E3 et les aides-soignants : AS1, AS2 et AS3. Il est à noter que les AS1 et les AS2 travaillent avec l'ergothérapeute E2.

2.3 Le choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données

Trois grilles d'entretien (Annexe 7) ont été réalisées à partir du cadre théorique afin d'interroger chaque professionnel : deux trames pour les ergothérapeutes (avec collaboration / sans collaboration) et une pour les aides-soignantes. Le questionnaire de celle-ci contient moins de questions et le vocabulaire est légèrement différent. Il est orienté vers le concept de collaboration interprofessionnelle car nous cherchons à les interroger sur leurs relations et échanges avec les ergothérapeutes.

Toutes les trames commencent par une question inaugurale afin de favoriser l'évocation de nouveaux thèmes non-abordés par la suite. Chaque thème est interrogé grâce à des questions ouvertes permettant à l'ergothérapeute de développer librement sa réponse basée sur sa pratique professionnelle. Des questions de relance sont ensuite proposées pour compléter les premières si elles ne sont pas comprises.

2.4 Le déroulement de l'enquête

A la suite des demandes de participation, l'entretien est organisé selon la disponibilité des professionnels. Les personnes interrogées sont informées de la durée de l'entretien en amont. Elle est d'environ trente minutes avec les ergothérapeutes et quinze minutes avec les aides-soignants. Les entretiens sont enregistrés, avec l'accord des personnes, dans un lieu calme afin de favoriser la relation d'échange et la retranscription.

La grille d'entretien a été régulée et réfléchie pour faciliter la compréhension des questions par les professionnels et pour éviter la création de biais durant l'entretien.

A la fin de chaque entretien, nous remercions les personnes pour leur participation et disponibilité puis nous leur confirmons l'anonymat conditionnant les entretiens.

2.5 Le choix de l'outil de traitement de données

Afin d'analyser les entretiens, nous avons réalisé une matrice théorique (Annexe 7) créée à partir des concepts et permettant d'interpréter les réponses obtenues durant les entretiens. L'analyse se fera par une analyse longitudinale puis une analyse transversale. La première permet de présenter les professionnels individuellement et de repérer les mots les plus employés par la personne interrogée. Pour la seconde analyse, nous avons classé des fragments des discours à l'aide de la matrice théorique. Les citations des professionnels sont catégorisées dans un tableau pour les visualiser selon des indicateurs des modèles conceptuels.

3 Résultats

Après avoir retranscrit les entretiens de chaque professionnel, nous souhaitons présenter les résultats des ergothérapeutes puis des aides-soignants afin de réaliser une interprétation par la suite. Les retranscriptions des entretiens de chaque professionnel sont présentes dans les annexes (Annexe 8).

3.1 Les ergothérapeutes

3.1.1 L'analyse longitudinale

Entretien 1

L'ergothérapeute (E1) travaille dans un EHPAD depuis son obtention du diplôme d'Etat en 2016. Elle travaille à temps plein dans cinq établissements où résident environ 75 à 95 personnes âgées. L'EHPAD est composé d'un PASA qui favorise les échanges lors des repas. L'équipe est composée d'aides-soignants, d'AMP, d'infirmiers, d'ASH, d'un ergothérapeute et d'une diététicienne. Elle a, en plus de sa formation initiale, une formation Montessori. L'ergothérapeute participe aux repas des établissements en proposant des aides-techniques, aidant aux repas et rééduquant les résidents. Elle collabore avec l'équipe pluridisciplinaire lors

des repas et en particulier avec les aides-soignants. Elle fait par essais, réflexion avec l'équipe, transmissions orales et écrites et vérification la semaine suivante. Elle propose des badges pour faciliter les échanges entre les personnes âgées lors des repas.

Entretien 2

L'ergothérapeute (E2), diplômé en 2013, travaille pour la structure, un hôpital, à plein temps mais est sur l'EHPAD à mi-temps. 150 personnes âgées résident dans cet établissement divisé en deux secteurs liés aux degrés d'autonomie. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'infirmiers, d'un médecin, d'AS, d'ASH, d'un ergothérapeute, d'une diététicienne et d'une assistante sociale. Les objectifs de l'ergothérapeute lors de l'activité repas sont principalement le repas et l'autonomie des résidents aux repas. Il n'a pas de bilan ou de protocole particulier à réaliser autour de cette activité sauf ceux joints au secteur médical. Depuis son entrée dans l'EHPAD, il tente de modifier les représentations liées au repas. En effet, du fait de l'institution hospitalière, le côté médical est souvent très pris en compte dans les prises en soin. Une sensibilisation particulière est donc faite pour favoriser le plaisir et l'autonomie des résidents. L'ergothérapeute participe à une synthèse pluridisciplinaire afin d'échanger une fois par semaine. Des observations sont réalisées tout au long de la semaine pour permettre des ajustements aux propositions de l'ergothérapeute. Par la suite, celles-ci sont transmises à l'oral et à l'écrit. Il appuie le fait que la communication est nécessaire pour une prise en soin et un travail d'équipe optimaux.

Entretien 3

L'ergothérapeute (E3) a été diplômée en 2016. Elle intervient dans trois EHPAD de 90 à 110 résidents et travaille un à deux jours par semaine dans chaque établissement. Elle vient de participer à une formation Montessori adaptée aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs.

Elle réalise des repas thérapeutiques et prend part aux activités repas de deux structures. Durant ces temps de repas thérapeutiques, l'équipe propose des activités favorisant l'autonomie des résidents la prise d'initiative, le plaisir et l'entraide des personnes atteintes de démence type Alzheimer et apparentées. L'ergothérapeute agit principalement sur l'environnement. La collaboration avec les aides-soignantes permet de partager des points de vue sur des situations. L'utilisation de la communication est un élément déterminant pour la réalisation des transmissions. Elle participe aux visites à domicile avec un aide-soignant pour préparer l'entrée en établissement.

3.1.2 L'analyse transversaleL'activité

INDICATEURS	FRAGMENTS DES DISCOURS
Dimensions subjectives de l'activité	E1 : « au niveau moteur, c'est quand même important parce que ça fait travailler tout ce qui est membres supérieurs, les gestes du quotidien et ça peut jouer aussi par rapport au moral... » 1.43
	E2 : « S'ils ne mangent pas parce qu'ils n'aiment pas, il n'y a pas de remplacement. Je trouve ça un peu gênant car pour moi le repas doit rester, même si on n'aime pas, quelque chose lié au plaisir. » 1.28 , « domaine du plaisir au lieu d'un acte de soin. » 1.33 , « on respecte moins l'envie ou la non envie de ne pas manger mais aussi les goûts ne sont pas pris en compte. » 1.38 , « Je fais souvent avec des personnes qui ont souvent des troubles locomoteurs et cognitives qui sont souvent désorientés, qui n'ont pas la notion de ce qu'ils doivent manger en premier ou pas. Ils sont donc un peu désorientés durant le repas et dans la chronologie du repas. » 1.43 , « on prend la motivation en compte par le fait de savoir s'ils veulent manger ou pas ou s'ils sont en forme ou pas » 1.61
	E3 : « donc on cible des gens avec l'animatrice et quelques fois quelques aides-soignants où on prend des gens avec des démences Alzheimer assez avancées. » 1.26 , « On essaye de voir jusqu'où va leur autonomie et de quelles activités ils sont capables de faire, prendre des initiatives et autres. Donc c'est-à-dire qu'ils font tout. » 1.27 , « Le repas crée des liens sociaux, du plaisir, mais aussi de l'entraide. » 1.38 , « Puis, ça engendre de la parole, une conversation beaucoup plus facilement alors que quand ils sont hors temps du repas, ils ne parlent pas forcément. Je trouve que le moment du repas, c'est vraiment un moment de partage, de convivialité ou de plaisir. » 1.40
	E1 : « tout ce qui est badge. [...] Ils s'appellent et c'est plus interactif pour eux. » 1.22 , « Ils sont un peu moins servi. Du coup, il y a un peu plus d'interactions. Ils sont obligés de se demander des plats ou ce dont ils ont besoin. De plus, comme le nombre est réduit, il y a plus de calme. Donc, ils échangent plus facilement. » 1.68

Dimensions contextuelles de l'activité	<p>E2 : « Après moi, je pensais aussi par rapport à l'orientation temporelle de fixer le repas et de se dire : là il est à peu près midi, c'est le milieu de la journée donc c'est le moment où on s'arrête. C'est le repas. J'essaie d'instaurer ce repère et après de structurer le repas entre entrée /plat/dessert et d'essayer de respecter une chronologie, un repère à l'intérieur du repas à retrouver un peu à chaque fois. » 1.62, « C'est plus en termes de planification pour le plan de table. Ça va être plus compliqué parce que des personnes qui ont des troubles du comportement et qui peuvent parler beaucoup ou peuvent avoir un moral très exalté, une hyper-jovialité. C'est vrai ça peut être irritable pour certains voisins et il faut prendre en compte tous les troubles du comportement. » 1.95</p> <p>E3 : « Le fait de les recentrer dans une petite pièce avec peu de résidents, on essaye d'engager les conversations et que chacun communique et s'ouvre vers les autres et plus le gain d'autonomie que cela implique » 1.51, « je laisse le libre choix au placement de table » 1.61</p>
Eléments du processus de mise en place de l'activité	<p>E1 : « je fais tout ce qui est en rapport à l'indépendance au niveau des aides-techniques. » 1.31, « aider aux repas quand il n'y a pas assez de personnel », « essayer de rééduquer » 1.32, « la semaine d'après, je vérifie si ça correspond encore » 1.59</p> <p>E2 : « Les guider pour faire un repas structuré et essayer de réinstaller un rituel. C'est beaucoup de stimulation, de guidance verbale et parfois physiquement car certaines personnes qui d'un point de vue locomoteur ne peuvent plus manger toute seule et qui ont toutefois cette capacité à dire : J'en veux, j'en veux pas, j'aime, j'en veux un peu plus, c'est trop chaud... Je suis là pour respecter ce qu'ils veulent sur le moment. C'est donc beaucoup de stimulation par rapport au repas ; ça peut passer aussi par le conseil, la recommandation d'aides techniques, de couverts adaptés... » 1.46, « s'adapter à la personne qu'il y a en face de nous et puis prendre en compte, comme en gériatrie, tous les aspects de la personne : aspect culturel, les pathologies rencontrées et la sphère locomotrice. » 1.76, « C'est de l'ajustement permanent » 1.91</p> <p>E3: « c'est plus de la stimulation à l'autonomie et la prise des repas, réinitialiser le geste. » 1.31, « en fonction pour le repas thérapeutique suivant, je réajuste, j'augmente les difficultés ou autres pour pouvoir toujours progresser et les stimuler un peu plus » 1.48, « Les objectifs peuvent être la prise d'initiative, la</p>

	sociabilisation parce que ce sont des gens assez repliés sur eux-mêmes et le fait d’être en petit groupe les aide. » 1.49 , « je laisse le libre choix au placement de table » 1.65
--	---

Les ergothérapeutes interrogés participent aux temps des repas. Avec tous les résidents ou seulement un groupe, ils essayent de favoriser la motivation et le plaisir ainsi que l’autonomie. Ils peuvent avoir des difficultés d’ordre physiques, cognitives ou psychologiques. Au niveau du contexte, les ergothérapeutes proposent une adaptation spatio-temporelle de l’activité ainsi qu’un cadre socio-culturel favorisant la convivialité. Grâce à leurs compétences, ils proposent et ajustent leurs interventions en permanence. Pour cela, ils collaborent avec le résident et l’équipe pluridisciplinaire.

La collaboration

La formalisation de la régulation	E1 : « ma fiche de poste n’est pas vraiment très claire. » 1.40 , « comme je n’y suis qu’une fois par semaine, la semaine d’après, je vérifie si ça correspond encore et si ça convient pour être sûre. » 1.59 , [les observations] « Ca peut être les deux professionnels parfois c’est une demande d’AS étant donné qu’elles sont toujours sur le terrain et à ce moment-là je vais les voir, j’observe, je mets en place si nécessaire... » 1.79 ,
	E2 : « Ce n’est pas comme en rééducation où il y a des protocoles. Il faut s’adapter aux personnes... » 1.75 , « Pour le repas, on n’a pas de protocole ou de bilan pour évaluer la situation. » 1.93
	E3 : « On évalue grâce aux observations et puis on échange. » 1.56 , « A l’entrée du résident en EHPAD, je ne fais pas de bilan repas, c’est des observations mais la collaboration avec l’AS, elle se passe avant même que le résident soit là parce que je fais des visites à domicile avant que le résident rentre » 1.82
	E1 : « je teste pendant le repas quand j’y suis et j’échange à ce moment-là. » 1.56 , « alors quand je mets quelque chose en place, l’équipe est autour, alors j’en fais part à ce moment-là. J’en fais aussi au moment des transmissions

La finalisation de la régulation	<p>orales quand il y a toute l'équipe et en général je fais une transmission écrite. » 1.87</p>
	<p>E2 : « Je ne les formule pas pour moi les objectifs sont multiples et toujours la même chose : le plaisir, après qu'ils arrivent à manger tout seul. » 1.68, « on a des synthèses pluridisciplinaires où on revient sur les repas, une synthèse orale entre les équipes. On débat sur ce que l'on observe. 1.83 » « Moi je n'ai pas de bilan qui puisse quantifier. On fonctionne beaucoup par la communication, de ce que l'on observe, de ce que nous disent les gens et on en discute entre nous en équipe. » 1.84, « On en discute entre nous une fois par semaine. » 1.88, « On en discute entre nous, ce n'est pas du n'importe quoi. C'est de l'ajustement permanent et puis après on essaye d'atteindre au mieux pour la personne. » 1.91, « Oui, j'en fais régulièrement dans la semaine et on en fait à l'issue des grandes synthèses pluridisciplinaires qui permettent de mettre sur le papier des grands objectifs qui ont été décidés en équipe. Comme ça, ça permet de laisser un fil conducteur aux équipes qui ne sont pas là ce jour-là. » 1.131</p> <p>E3 : « Je vais les tester pendant les repas thérapeutiques et je vais vérifier si les objectifs sont atteignables. » 1.47, « C'est un cahier de transmission tous professionnels avec moi vu que je n'interviens pas tous les jours. Dans ce cahier, les AS m'écrivent leurs observations au cours des jours où je n'interviens pas pour que moi je puisse intervenir plus tard suivant les problèmes rencontrés. » 1.72, « Il faut donc aller à la pêche aux informations. Tout n'est pas écrit, il faut aller chercher et pister des informations. » 1.81, « On en discute ensemble en amont ou lors de la relève après moi, je trace. Notre objectif commun est principalement l'autonomie au repas. » 1.95, « Cela nous permet d'échanger sur notre point de vue et ainsi créer des axes d'améliorations. » 1.57, « dans ce cas-là, ils vont tout arrêter, ils ne vont pas continuer. » 1.127</p>
	<p>E1 : « On explique, on ne fixe pas des objectifs comme dans la théorie mais tu expliques pourquoi tu le fais aux soignants. » 1.52, « Il y a des équipes qui vont être tournées vers l'indépendance et d'autres beaucoup moins... Ça dépend vraiment des personnes, des équipes et des établissements. » 1.91, « Avec les AS, on est complémentaire. » 1.98, « tu transmettes tes</p>

L'intériorisation	compétences surtout au niveau technique. Technique et positionnement. » 1.102
	E2 : « Ce sont les plus proches collaborateurs. Le soir, je ne suis pas présent. Donc c'est eux qui prennent le relais le soir et le matin pour certains qui mangent très tôt. Du coup c'est à eux que je confie cette charge. Entre nous, c'est un perpétuel échange... » 1.107 , « c'est eux qui appliquent vraiment au quotidien. » 1.113 , « Moi je dirais que c'est complémentaire parce qu'elle m'apporte une vision que je n'ai pas forcément. » 1.119
	E3 : « J'irais plus sur la complémentarité parce que comme je disais tout à l'heure chacun à sa propre vision des situations. Mais après on a chacun notre prise en charge, chacun nos objectifs. Et finalement, c'est en les croisant qu'ils deviennent complémentaires. » 1.99 , « Après, je l'écris sur le logiciel de transmission pour que toute l'équipe puisse le voir. Ensuite, dans chaque EHPAD, je ne sais pas si c'est dans chaque EHPAD mais dans les miens c'est toujours comme ça, il y a un cahier des aides-soignantes entre elles. Si tu veux, il y a plusieurs équipes donc ça tourne. » 1.109 , « Après quand je suis arrivée dans les structures, j'ai eu de la chance parce qu'il y avait eu des ergothérapeutes avant moi et elles avaient déjà expliqué le rôle de l'ergothérapeute » 1.114 , « j'ai mis en place le fait d'aller voir toutes les équipes pour créer du contact et se familiariser avec. » 1.117 , « Pour que le travail soit facilité et soit plus agréable pour les deux. » 1.123 , « Des freins c'est que ce soit pas mis en place, que ce ne soit pas suivi ou que des aides-soignantes disent... » 1.126 , « C'est là où on crée du lien. Parce que moi, je suis toujours confronté à la difficulté qu'intervenant qu'un jour ou deux jours pour leur faire comprendre que ça va marcher je suis obligée de créer du lien avec elles, aller dans leur sens tout en ayant finalement des arguments à mes actions. C'est pour ça que je teste avec l'aide-soignante, c'est un argument majeur. » 1.133
	E1 : « Mais c'est dur de le faire comprendre à la direction. La mise en place est un peu compliquée. » 1.27 , « Ensuite, j'essaie aussi de faire le lien avec l'équipe pour que la mise en place soit faite quand je ne suis pas là. » 1.60
	E2 : « c'est un peu là-dessus que j'essaie de sensibiliser les équipes. » 1.26 , « Au début, j'avais l'impression de leur apporter des choses, ma vision par

La délégation	<p>rapport au plaisir. » I.120, « On prend plus en compte l'avis de la personne. Après en même temps, elle m'apporte un côté plus soignant que moi j'ai moins. » I.123, « Peut-être des freins par rapport au roulement des équipes. Au début, j'avais l'impression de répéter plusieurs fois la même chose. Il y a des infos qui peuvent passer ou être modifié en fonction des interprétations des uns et des autres mais c'est surmontable. » I.127, « C'est rattaché à l'hôpital, il y a ce côté de soin qui est très présent. Au début, quand j'ai commencé à faire les repas j'ai un peu cassé quelques idées un peu préconçues sur les repas. » I.137</p> <p>E3 : « ils ont des places obligatoires et imposées durant toute l'année et toujours les mêmes voisins. Moi, je n'ai aucun pouvoir là-dessus dans les structures puisque je n'appartiens pas à celle-là. » I.61, « Je teste avec l'aide-soignante parce que j'ai remarqué que ça marchait mieux. Si c'est moi qui le teste seule et qu'elle ne le voit pas, ça a moins d'impact pour la suite de la mise en place. » I.105, « Si une équipe met en place un truc pour que l'autre le sache, il faut que la première écrive ses transmissions. Et moi, j'écris sur ce cahier aussi. » I.112, « On pourrait en avoir un mais moi je ne me sens pas de la faire parce que je n'appartiens pas à la structure, je suis en vacation. » I.156</p>
---------------	--

La collaboration entre les aides-soignants et les ergothérapeutes est essentiel toutefois, elle n'est pas formalisée. Entre les deux professionnels, il n'y a pas de procédure établie sur l'activité mais des observations régulières permettent de nombreux échanges. Les rencontres interprofessionnelles et les éléments transmis facilitent la collaboration. Des concertations permettent un échange d'idées entre les membres de l'équipe. Des dispositifs sont proposés par les ergothérapeutes pour faciliter le travail des professionnels tel que l'ajustement des techniques de transmissions. La communication, orale ou écrite, est donc indispensable mais parfois difficile. La collaboration avec les aides-soignants est définie principalement comme complémentaire par les ergothérapeutes. Elle est basée sur une mutuelle connaissance et reconnaissance de deux professions. Deux des ergothérapeutes ont exprimé le fait de ressentir une influence externe dans leur prise en soin. De plus, des effets endogènes ont un impact sur le fonctionnement de la collaboration. La notion de légitimité a été évoquée par rapport à la présence de l'ergothérapeute dans l'établissement.

La participation sociale

Monde interne au faire	E1 : « au niveau moteur, c'est quand même important parce que ça fait travailler tout ce qui est membres supérieurs, les gestes du quotidien et ça peut jouer aussi par rapport au moral... » 1.43
	E 2 : « on respecte moins l'envie ou la non envie de ne pas manger mais aussi les goûts ne sont pas pris en compte. » 1.38 , « on prend la motivation en compte par le fait de savoir s'ils veulent manger ou pas ou s'ils sont en forme ou pas » 1.61
	E3 : « leur autonomie et de quelles activités ils sont capables de faire, prendre des initiatives et autres. » 1.27
Interface du faire	E1 : « Si elle se voit manger, ça peut être réconfortant pour quelqu'un qui vient retrouver son indépendance. » 1.46 , « Il y a des équipes qui vont être tournées vers l'indépendance et d'autres beaucoup moins. Quand l'équipe suit, on a la même vision au niveau de l'indépendance, là, on a les mêmes objectifs afin d'adapter l'environnement. » 1.91 , « les plus autonomes n'ont pas vraiment besoin d'aide au niveau de la communication et que les plus dépendants n'ont plus trop de communication. » 1.121
	E2 : « réinstaller un rituel » 1.46 , « Après moi, je pensais aussi par rapport à l'orientation temporelle de fixer le repas et de se dire : là il est à peu près midi, c'est le milieu de la journée donc c'est le moment où on s'arrête. C'est le repas. J'essaie d'instaurer ce repère et après de structurer le repas entre entrée /plat/dessert et d'essayer de respecter une chronologie, un repère à l'intérieur du repas à retrouver un peu à chaque fois. » 1.62 , « On est là aussi pour favoriser l'autonomie pour les personnes qui ont un déficit locomoteur ou/et cognitif. » 1.70 , « il faut le faire avec le plaisir en même temps ça peut servir à stimuler pour le maintien de l'autonomie. » 1.140
	E3 : « On essaye de voir jusqu'où va leur autonomie et de quelles activités ils sont capables de faire, prendre des initiatives et autres. » 1.27 , « on essaye d'engager les conversations et que chacun communique et s'ouvre vers les autres et plus le gain d'autonomie que cela implique. » 1.52 , « Ils ont le choix et ça c'est important parce qu'en EHPAD, ils ont peu de choix. Et là, on leur laisse leur autonomie. » 1.65
	E1 : « dans un autre établissement, j'ai le petit-déjeuner dans un petit salon à un étage. Ça peut stimuler le lien social. » 1.48 , « comme je te disais au niveau des

Monde externe au faire	étiquettes/badges on peut essayer d'apporter quelques choses au niveau de l'environnement physique pour essayer de faciliter les échanges. » I.65 , « Là, je ferai plus le lien avec le PASA parce que c'est plus facile. [...] ils sont moins servis. Du coup, il y a un peu plus d'interactions. » I.67
	E2 : « mettre en place des plans de table en tenant compte avec qui les personnes s'entendent le moins, avec qui elles peuvent avoir des échanges ou par qui elles seront stimuler pour manger. [...] en prenant en compte les affinités » I.54
	E3 : « Le frein que j'ai par exemple dans la mise en place des aide-technique au repas. Je ne sais pas si on est dans ce cadre. C'est les résidents, ils peuvent être un frein parce que disons que c'est le moment du repas, c'est un moment où ils sont en collectivité et donc, il y a le regard de l'autre. [...] Ça montre la déficience aux autres et ça ils n'aiment pas. Quand ils ont des aide-techniques dans les chambres ça va parce qu'ils sont tout seul. » I.140 , « Elle est en face de résidents qui sont un peu plus faible psychologiquement, plutôt apathique et ça peut les perturber énormément. Il y a parfois des disputes et bien sûr avoir des répercussions sur la prise des repas. Ils ne mangent plus parce qu'ils ont peur d'être jugés et ça un impact sur les liens sociaux et sur la santé. Quand des résidents voudraient discuter mais qu'il y a plusieurs mètres qui les séparent, ça devient compliqué. » I.160

Comme proposé par le modèle de CCTE, les ergothérapeutes pensent que la motivation, essentiellement, permet à la personne âgée de réaliser l'activité grâce à des forces internes. Des dispositions personnelles telles que des capacités motrices ou cognitives sont également utilisées. L'activité est décrite comme un rituel ainsi qu'un lien entre l'autonomie et, le plaisir, la communication et la prise d'initiative. Pour les ergothérapeutes, les éléments de la famille des lieux du « faire » sont présents et développés dans des exemples concrets : la mise en place d'un plan de table est importante pour les échanges au niveau socio-culturel et regard de l'autre.

3.2 Les aides-soignants

3.2.1 L'analyse longitudinale

Les aides-soignantes, AS1 et AS2, interviennent dans le même établissement que l'ergothérapeute, E2. L'EHPAD, lié à un hôpital, est composé de plusieurs étages dont le -3 et

-4 accueillent les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Les personnes interrogées travaillent aux étages -1 et -2 où résident des personnes âgées plus autonomes.

Entretien 4

L'aide-soignante (AS1), diplômée, travaille en EHPAD depuis 6 ans. Elle a participé à des formations diverses. Elle aide les résidents lors de la prise des repas et participe à la mise en place du plan de table. Avec la motivation, elle facilite l'activité. La participation sociale est un élément pris en compte par les professionnels de l'établissement. Elle prend en exemple, les échanges à table d'un groupe de personnes qui se connaissaient avant leur entrée en EHPAD. Pour la personne interrogée, la collaboration avec l'ergothérapeute est peu présente durant l'activité repas.

Entretien 5

L'aide-soignante (AS2) est diplômée et travaille en EHPAD depuis 3-4 ans. Elle a suivi une formation Alzheimer grâce à l'hôpital. Elle dit également qu'elle participe aux repas et qu'elle collabore parfois avec l'ergothérapeute pour cette activité. Les transmissions et les rencontres interprofessionnelles sont des temps forts de la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, celle-ci n'est pas systématique. Les compétences sont dites complémentaires et permettent un échange de points de vue.

Entretien 6

L'aide-soignante (AS3) est diplômée et travaille dans un EHPAD où un ergothérapeute est à plein-temps. Cet établissement accueille environ 80 résidents dont 17 personnes âgées sont dans une unité fermée. La notion de lien social est présente dans l'analyse de la pratique de la personne questionnée. Elle évoque l'impact des préférences (affinités à table, goûts culinaires...) des résidents sur celle-ci. Durant le repas, les échanges favorisent la convivialité, le plaisir ainsi que la prise d'initiative. La collaboration entre les deux professionnels est facilitée par le fait que l'ergothérapeute soit à temps-plein. Les partages d'idées et d'opinions sont fréquents entre les membres de l'équipe. L'ergothérapeute propose avec l'aide-soignante des activités autour du repas en élaborant des recettes.

3.2.2 L'analyse transversale**L'activité**

INDICATEURS	FRAGEMENTS DU DISCOURS
Dimensions subjectives de l'activité	AS1 : « Là ce n'est pas pareil, pour manger, ils ont plus de volonté. » 1.54 , « il faut les motiver. » 1.57
	AS3 : « la convivialité, prendre du plaisir à ce moment-là » 1.23 , « ils expriment ce qu'ils veulent. Ils sont dans l'initiative. » 1.28
Dimensions contextuelles de l'activité	AS1 : « Tu vois des fêtes un peu spéciales. » 1.33
	AS2 : « un service en chambre pour les personnes qui restent au lit. » 1.13 , « Pour ceux qu'on fait manger, on peut leur parler mais c'est souvent des personnes qui ne peuvent pas nous répondre. Pour les autres, les autonomes, on leur apporte simplement leur plateau parce que souvent s'ils sont dans leur chambre, c'est qu'ils sont fatigués. » 1.25 , « on va essayer de le changer de table pour voir comment ça se passe avec d'autres personnes. On fait attention au plan de table au moins, ils s'entendent bien « sur » la table. » 1.30 ,
	AS3 : « les repas en chambres, la salle pour les personnes qui ont besoin d'aide pour manger et qui sont faibles. [...] la salle de restaurant, la principale. C'est là où sont tous les résidents. » 1.12 , « avec les gens qui sont dans les chambres d'à côté ou le même niveau d'autonomie ou là où veulent aller les personnes. Parfois des gens veulent s'asseoir autre part parce que des conversations leur plaisent pas. On écoute ce qu'ils nous disent et en même temps on regarde aussi au niveau cognitif, leur façon de manger pour que tout le monde soit bien, qu'ils partagent un bon moment. » 1.17
Eléments du processus de mise en place de l'activité	AS1 : « On les place à table. Ensuite, on les sert et on les surveille. » 1.15 , « On dit cette patiente sera mieux avec celle-là. » 1.18 , « ils trouvent que voilà ça les dégoute de manger. Ce n'est pas très agréable. » 1.20 , « On a des tables qui parlent bien entre eux. Ils se connaissent d'avant tu vois, de rentrer en EHPAD. » 1.27 , « elle va toujours accompagnée une autre résidente dans sa chambre. [...] Elles sont en face à table. » 1.35

	AS2 : « On les installe et on les fait manger pour certains, d'autres mangent en autonomie. » 1.14 , « Il y a toujours quelqu'un à la salle à manger qui sert et qui aide certains à manger. » 1.16 , « Parfois, on lance des sujets des discussions mais parfois, on n'a pas de retour. » 1.20
	AS3 : « Une question est sur le choix et les goûts des résidents et c'est sûr que ça a un impact sur le repas. » 1.53

Pour les aides-soignants, les objectifs de cette activité sont semblables à ceux des ergothérapeutes comme le plaisir ou la convivialité. Dans ces deux établissements, des adaptations sont proposées aux résidents au niveau spatial et socio-culturel. Elles permettent une organisation de l'activité agréable. Les personnes interrogées ont recours principalement aux mêmes activités tout en prenant en compte les affinités et les préférences des résidents.

La collaboration

La formalisation de la régulation	AS1 : « Nous au premier et deuxième étage, il n'y est pas. Il est au troisième ou au - 4 parce qu'ils ont beaucoup de résidents à faire manger. » 1.42 , « je crois que c'est plus pour l'aide au repas. » 1.44
	AS2 : « Non » 1.50
	AS3 : « Après soit il vient voir soit il nous propose d'essayer quelque chose. » 1.36 , « On fait des préparations de gâteau par exemple et après on le goûte ensemble. A ce moment-là, on la prépare ensemble et on échange. » 1.49
La finalisation de la régulation	
	AS2 : « Mais si on a besoin de quelque chose, on l'appelle et il vient. » 1.35 , « On traite souvent par téléphone ou par l'outil informatique par la suite. Dans un premier temps, on passe au coup de fil. Les transmissions sont pour faire un suivi entre toutes les équipes autant pour les équipes soignantes, que l'ergothérapeute ou le médecin. Qu'il y ait une traçabilité entre tous les intervenants. » 1.41 , « Oui, tous les lundis, on a une réunion d'équipe où l'ergothérapeute intervient. On ne parle pas seulement des repas mais la prise en charge globale. » 1.47

	AS3 : « on l'appelle par téléphone, soit après on met une transmission ou alors même pendant la réunion parce qu'on a une réunion avant le repas de midi où tous les AS et l'ergothérapeute sont là. » 1.33 , « Ensuite, on met en transmission soit pour faire un suivi de ce qui a été mis en place soit pour les autres équipes pour noter ce qui à changer. » 1.37
L'intériorisation	
	AS2 : « l'ergothérapeute a toujours des solutions auxquelles nous, on ne pense pas. » 1.54 , « Je dirais que c'est une aide complémentaire. » 1.56 , « Il nous prend en charge des personnes. » 1.59
	AS3 : « un partage de point vu donc peut-être qu'il y a des choses techniques que l'on ne voit pas. » 1.42
La délégation	
	AS2 : « On voit en équipe si quelqu'un a une idée et si vraiment on coince, on appelle l'ergothérapeute. » 1.40

Pour les deux premières aides-soignantes, la collaboration avec l'ergothérapeute durant le repas n'est pas courante. D'ailleurs, une d'entre elles, a annoncé ne pas en avoir. Pour les trois professionnels, la formalisation de la régulation est peu présente, même si des modalités des interventions sont citées. Toutefois, les transmissions et les rencontres interprofessionnelles sont présentes dans les établissements et font parties intégrantes de la collaboration. Les compétences de chaque professionnel sont notamment définies comme complémentaires grâce à un partage des connaissances et des points de vue.

La participation sociale

Monde interne au faire	AS1 : « Là ce n'est pas pareil, pour manger, ils ont plus de volonté. » 1.54 , « il faut les motiver. » 1.57
	AS3 : « la convivialité, prendre du plaisir à ce moment-là » 1.23 , « ils expriment ce qu'ils veulent. Ils sont dans l'initiative. » 1.28

Interface du faire	
	AS3 : « C'est un moment qui est répétitif » 1.24 , « On fait des préparations de gâteau par exemple » 1.49
Monde externe au faire	AS1 : « On a des tables qui parlent bien entre eux. Ils se connaissent d'avant tu vois, de rentrer en EHPAD. » 1.27
	AS2 : « un service en chambre pour les personnes qui restent au lit. » 1.13 , « Pour ceux qu'on fait manger, on peut leur parler mais c'est souvent des personnes qui ne peuvent pas nous répondre. Pour les autres, les autonomes, on leur apporte simplement leur plateau parce que souvent s'ils sont dans leur chambre, c'est qu'ils sont fatigués. » 1.25 , « on va essayer de le changer de table pour voir comment ça se passe avec d'autres personnes. On fait attention au plan de table au moins, ils s'entendent bien « sur » la table. » 1.30 ,
	AS3 : « les repas en chambres, la salle pour les personnes qui ont besoin d'aide pour manger et qui sont faibles. [...] la salle de restaurant, la principale. C'est là où sont tous les résidents. » 1.12 , « avec les gens qui sont dans les chambres d'à côté ou le même niveau d'autonomie ou là où veulent aller les personnes. Parfois des gens veulent s'asseoir autre part parce que des conversations leur plaisent pas. On écoute ce qu'ils nous disent et en même temps on regarde aussi au niveau cognitif, leur façon de manger pour que tout le monde soit bien, qu'ils partagent un bon moment. » 1.17

Les aides-soignants énoncent que des énergies telles que la motivation, la volition ou l'engagement favorisent la participation sociale. Une personne évoque la routine de l'activité repas et propose une forme différente en associant les deux professionnels pour la préparation d'une collation. Les lieux de l'activité présentés démontrent que l'environnement socio-culturel et temporel, le contexte (la chambre, la salle restaurant...) et le setting ont également un impact sur la participation sociale.

4 Discussion

L'interprétation des résultats nous permet d'effectuer une comparaison entre la problématique théorique et la problématique pratique. Nous allons donc développer l'analyse

des données recueillies selon les concepts du cadre théorique ainsi que la notion de communication que nous avons, seulement, abordée précédemment.

4.1 L'interprétation des résultats

4.1.1 Le potentiel thérapeutique de l'activité repas

Selon le modèle proposé par Pierce D., le potentiel thérapeutique est divisé en dimensions : les dimensions subjectives, les dimensions conceptuelles et les éléments du processus de mise en place de l'activité.

Les dimensions subjectives de l'activité regroupent des aspects tels que la productivité, le plaisir et le ressourcement. Ces trois aspects ont été abordés par les personnes interrogées. Au niveau de la productivité, nous pouvons noter que l'engagement est plus remarqué durant le repas que pendant la toilette par exemple. « Là ce n'est pas pareil, pour manger, ils ont de la volonté » (AS1). Nous pourrions relier cela au fait que l'activité repas soit plus signifiante pour le résident. Ensuite, le concept de plaisir est lié à celui de la motivation de la personne dans l'activité. Pour les répondants, les notions de plaisir et de motivation sont citées de préférence en tant qu'objectifs d'intervention. Le ressourcement réunit l'énergie psychique et/ou physique. Pour l'activité repas, l'aspect nutritionnel est bien évidemment central pour le ressourcement (E2). Toutefois, au-delà de celui-ci, un versant de l'énergie psychique est fourni par l'ergothérapeute 1 : « ça peut jouer aussi par rapport au moral... » ou par l'ergothérapeute 3 : « le repas crée des liens sociaux, du plaisir mais aussi de l'entraide ».

Les secondes dimensions prennent en compte le contexte de l'activité (spatiale, temporelle et socio-culturelle). Le lieu influe donc l'activité. Ainsi, différentes salles sont proposées par les établissements : la salle restaurant, la chambre du résident, une petite salle pour le repas thérapeutique.

L'aspect temporel a été peu abordé. L'ergothérapeute 2 cite cependant comme objectif de ritualiser le temps de repas durant la journée mais également de « respecter une chronologie, un repère à l'intérieur du repas ». C'est-à-dire de structurer le repas en étapes.

Pour finir, des éléments liés au contexte socio-culturel sont apparus et découlent des deux dimensions précédentes : spatiale et temporelle. Ainsi, l'ergothérapeute 1 propose de distribuer des badges pour toutes les personnes présentes dans l'établissement. Pour les repas

thérapeutiques dans une salle à part, le nombre des résidents est réduit. Cela permet de favoriser « la sociabilisation parce que ce sont des gens assez repliés sur eux-mêmes et le fait d'être un petit groupe les aide » (E3). Le fait de proposer un repas dans une petite salle et avoir peu de résidents demande peu de professionnels durant ce temps. Les personnes s'entraident et « ils vont vraiment aller vers eux spontanément pour les aider ». Enfin, l'élément le plus présent est celui du plan de table mis en place par les équipes. De nombreux aspects sont pris en compte comme l'aspect relationnel : « les affinités qu'ils ont entre eux mais aussi qu'ils s'entraident » (E2). Le plan de table durant le repas thérapeutique est quant à lui inexistant. L'ergothérapeute 3 dit : « je laisse libre choix ». Cela permet un gain « d'autonomie » et une meilleure participation sociale.

Pour la mise en place de l'activité, chaque professionnel utilise des compétences (9) diverses et propres. Nous pouvons citer par exemple :

Compétences des ergothérapeutes	Unités des aides-soignants
1 - Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique	1 - Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie
3 - Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie	5 - Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage
6 - Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie	8 - Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle
9 - Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs	

Nous pouvons noter que certaines compétences sont semblables (C9 et U8) et parfois complémentaires (C3 et U1). Ces dernières permettent l'adaptation de l'activité afin de faciliter l'accompagnement des aides-soignants lors du repas.

La collaboration entre le soignant et le résident permet une relation de confiance et favorise la prise en soin. Lors des repas, les ergothérapeutes ainsi que les aides-soignants développent cette relation grâce à des discussions et de l'écoute active.

Pour finir, des « ajustements permanents » (E2) sont réalisés. Les ergothérapeutes proposent de réajuster, d'augmenter les difficultés « pour pouvoir toujours progresser et les stimuler un peu plus » (E3). Pour chacun, l'ergothérapeute 3 rappelle qu'il « faut s'adapter aux personnes ».

4.1.2 La participation sociale

Le CCTE permet de donner une vision globale grâce à de nombreux concepts définis et présents dans la pratique ergothérapique. La participation sociale est une notion qui semble importante pour les ergothérapeutes. Toutefois, une personne interrogée sur deux a demandé une explication sur la signification de cette notion. Dans leurs entretiens, les aides-soignants ne lient pas, en premier lieu, les compétences ergothérapiques et la participation sociale.

Les résidents ont besoin de certaines dispositions personnelles pour agir devant l'activité. En effet, les personnes interrogées ont nommé de nombreuses fonctions et habiletés. L'activité repas demande des compétences motrices (E1 : « membres supérieurs »), cognitives (E3 : « désorientation » et « démences » ou AS3 : « prise d'initiative »), interactives (E3 : « aller vers eux spontanément » et « chacun communique et s'ouvre vers les autres »). D'après la deuxième famille du monde interne du « faire », l'activité demande aux résidents des énergies internes. Comme cité dans l'analyse du potentiel thérapeutique, la motivation et l'engagement sont des objectifs de l'activité repas. Ces deux concepts sont liés au plaisir dans le CCTE et dans les entretiens des professionnels.

Dans l'interface du « faire », l'indépendance durant l'activité (E1 et E3) et l'autonomie (E2 et E3) représente là également des objectifs des thérapeutes. L'interdépendance indique l'influence mutuelle. En effet, les échanges entre les résidents permettent de multiplier les prises d'initiative (E2) et de gagner en autonomie (E3). Deuxièmement, l'activité repas évoque, au niveau de la performance occupationnelle, plusieurs catégories : soins personnels, loisirs et productivité. Pour les soins personnels, l'aspect nutritionnel se place en premier plan en particulier pour l'ergothérapeute 2. L'aide-soignant 3 propose une activité, préparation de collation, pouvant être associée aux loisirs. Celle-ci représente une forme différente de l'activité repas. Elle est réalisée grâce à la collaboration des ergothérapeutes et des aides-soignants. Cette activité est associée à un moment de convivialité : « après on le goûte ensemble » (AS3). La troisième catégorie, la productivité, est encouragée par les ergothérapeutes. « D'un point de vue social, c'est qu'ils passent un bon moment qu'ils soient contents de leur repas » (E2). De plus, l'ergothérapeute 3, grâce aux repas thérapeutiques, propose de réaliser toutes les tâches qui entourent l'activité repas. Pour finir, la routine développée dans le modèle de l'ENOTHE est présentée dans l'entretien (E2) lors du séquençage du repas (entrée/plat/dessert).

La dernière interface citée est « le monde externe du faire ». Nous avons mis en avant précédemment les dimensions contextuelles de l'activité. Il est ici important d'exposer des éléments facilitateurs et faisant obstacles à la participation sociale. À la suite des entretiens, il est apparu que le faible nombre de résidents facilite les échanges. De plus, un plan de table adapté, selon les critères désignés auparavant, permet une meilleure participation sociale. L'aide-soignante 1 explique : « on a des tables qui parlent bien entre eux. Ils se connaissent d'avant de rentrer en EHPAD ». Le regard des autres résidents influe également la réalisation de l'activité repas. Réalisée dans un espace de « collectivité », l'utilisation d'aide-technique montre un handicap aux voisins de table. « Ça montre la déficience aux autres et ça ils n'aiment pas. » (E3). La prise de repas ne sera donc pas faite avec indépendance et cela aura un effet néfaste sur la participation sociale.

4.1.3 La collaboration interprofessionnelle

Selon Friedberg, la collaboration se divise en quatre dimensions développées dans le cadre théorique. Elles permettent de réguler les interactions de l'équipe. Les aides-soignants, « ce sont les plus proches collaborateurs » (E3).

La première dimension représente la formalisation des règles concernant la coordination et les modalités d'intervention. Pour les ergothérapeutes et les aides-soignants, ces règles sont peu présentes ou n'ont pas été citées. Ainsi, pour l'ergothérapeute 3, des protocoles sur l'alimentation et la nutrition sont mis en place par la diététicienne mais aucun bilan validé ou protocole ne sont proposés par les ergothérapeutes.

La finalisation correspond à l'intégration des résultats et les transactions des professionnels autour des buts liés à la collaboration. Les ergothérapeutes formulent dans les entretiens principalement deux objectifs lors de l'activité repas : l'autonomie et le plaisir des résidents. Ils ajoutent que ces objectifs sont communs avec les aides-soignants. Toutefois, ces derniers ne les citent pas pour le repas. Les professionnels interrogés ont de nombreux échanges qu'ils soient formels ou informels. Ils communiquent grâce à des transmissions en face à face ou écrites (dossier du patient, cahier de transmission...) et grâce à des réunions pluridisciplinaires. La communication est, pour tous, fondamentale lors de la collaboration. « On fonctionne beaucoup par la communication... » (E2). Les professionnels communiquent souvent des résultats de

leurs échanges dans les transmissions. Tous les ergothérapeutes sont d'accord pour placer le résident au centre de leur intervention.

L'intégration est la troisième dimension présente dans ce modèle. Elle permet de vérifier si les membres de l'équipe ont créé un processus d'interconnaissance, une relation de confiance et un partage des territoires professionnels. Deux tiers des personnes interrogées définissent comme complémentaires les compétences entre les ergothérapeutes et les aides-soignants car les échanges représentent un nouveau point de vue sur une situation. De plus, la relation de confiance est difficile et demande des efforts de la part des professionnels : « j'ai eu de la chance parce qu'il y avait eu des ergothérapeutes avant moi et elles avaient déjà expliqué le rôle de l'ergothérapeute » ou « j'ai mis en place le fait d'aller voir toutes les équipes pour créer du contact et se familiariser avec » (E3). Enfin, l'aide-soignante 2 annonce : « on voit en équipe si quelqu'un a une idée et si vraiment on coince, on appelle l'ergothérapeute ». Nous pouvons ainsi voir que les aides-soignants privilégient une réflexion avec leur groupe professionnel avant de faire une demande à l'ergothérapeute. Nous pouvons envisager de faire un lien avec le temps de présence de l'ergothérapeute dans l'établissement. Cela signifie que si l'ergothérapeute est peu présent, les aides-soignants ne lui font pas appel lorsqu'un problème se présente. Il semblerait que ce ne soit donc pas inné pour eux. L'aide-soignante 3 annonce, en effet, que par le fait que l'ergothérapeute soit à temps-plein les demandes peuvent être plus fréquentes et adaptées au résident.

Pour finir, la quatrième dimension constitue l'analyse de la délégation. Des régulateurs influençant l'équipe ont été repérés dans les entretiens des ergothérapeutes principalement. Deux ergothérapeutes ont exprimé le fait de ressentir une influence externe dans leur prise en soin. Le fait qu'un EHPAD soit rattaché à un hôpital influe les priorités des soignants tel que l'explique l'ergothérapeute 2 qui essaie de « sensibiliser les équipes » sur « sa vision par rapport au plaisir » lors du repas. De plus, des effets endogènes ont un impact sur le fonctionnement de la collaboration. D'une part, le roulement des équipes d'aides-soignants demande des ajustements de la part des professionnels au niveau des transmissions comme l'indique l'ergothérapeute 2. La notion de légitimité est évoquée par l'ergothérapeute 3 par rapport à sa présence dans l'établissement auprès du reste de l'équipe. Cela a des répercussions sur ses activités et son implication dans l'établissement.

4.1.4 La communication

Comme nous avons pu observer grâce à l'analyse du concept de la collaboration sociale, tous les professionnels interrogés s'accordent à dire que les éléments de la communication, seulement abordée précédemment, sont essentiels lors des échanges entre les membres de l'équipe.

Pour les ergothérapeutes, les principaux acteurs de la communication lors des repas sont les aides-soignants. Toutefois, ils sont en lien avec des nombreux professionnels. La collaboration avec eux a également un impact sur la participation sociale des résidents. En effet, le médecin peut modifier « certains traitements qui peuvent couper l'appétit ou au contraire stimuler trop » (E2) ou la diététicienne peut proposer un régime alimentaire. Cela peut faire varier le comportement du résident durant le repas au niveau du plaisir notamment.

De nombreux canaux de communication sont utilisés par des ergothérapeutes et les aides-soignants. Ils échangent en particulier grâce à des transmissions orales et écrites.

Les échanges oraux se regroupent sous deux-formes : un questionnement de départ se poursuivant par un échange de point de vue à la suite d'une observation et une réunion pluridisciplinaire. La communication orale n'est pas formalisée. Pour la majorité des répondants, la collaboration débute par l'observation des aides-soignants durant le repas. Les réunions pluridisciplinaires sont réalisées dans deux établissements (celui de E2, AS1 et AS2 et celui de AS3). Pour tous, elles permettent des échanges sur les questionnements autour du repas et sont suivis de transmissions écrites. Elles sont également sous deux formes dont l'une est majoritairement utilisée, la transmission sur le dossier du patient. L'ergothérapeute 3 utilise un cahier de transmissions appartenant aux aides-soignants. Pour les personnes interrogées, ces échanges écrits ont deux buts. En amont de l'intervention de l'ergothérapeute, ils permettent aux aides-soignants d'écrire leurs questionnements ou remarques (E3). En aval, ils permettent la transmission des données lors des changements d'équipe.

L'ergothérapeute 3 explique qu'elle profite des temps de repas pour montrer à l'aide-soignant l'utilité de la proposition. « Si c'est moi qui le teste seule et qu'elle ne le voit pas, ça a moins d'impact pour la suite de la mise en place que si je le teste avec l'aide-soignante parce qu'elle l'aura vu donc elle aura conscience que ça marche, elle va en parler avec ses collègues » (E3). Cette explication est suivie de nombreuses transmissions diverses. Nous pourrions nous interroger sur l'insuffisance de la communication orale. Une première réponse apparaît dans

l'entretien avec ce professionnel. Cela pourrait être dû au sentiment d'illégitimité ou dû à son temps de présence en EHPAD qui est faible et qui l'empêche d'avoir une place à part entière dans l'équipe. « Moi, je n'ai aucun pouvoir là-dessus dans les structures puisque je n'appartiens pas à celle-là. » (E3)

Comme nous venons de le montrer, il existe des obstacles à cette communication. L'ergothérapeute 2 annonce qu'il a eu des difficultés à son arrivée dans l'EHPAD par rapport aux transmissions des informations lors du « roulement des équipes ». « Il y a des infos qui peuvent passer ou être modifiées en fonction des interprétations des uns et des autres mais c'est surmontable. C'est de la communication » (E2). L'ergothérapeute 3 explique également avoir eu des soucis lors des transmissions. « Il faut aller à la pêche aux informations ». Au-delà du manque d'informations, elle précise que c'est dû à la crainte de la part des aides-soignants d'être jugés sur leurs écrits par d'autres aides-soignants.

4.2 La réponse à la question de recherche

Nous cherchons à répondre à notre question de recherche : Par quels moyens la collaboration entre l'ergothérapeute et les aides-soignants permet-elle de favoriser la participation sociale durant les temps de repas des personnes âgées résidant en EHPAD depuis moins de six mois ?

Notre objet de recherche présume qu'il existe une collaboration entre les deux professionnels durant les temps de repas. Or, à la suite de ce travail, nous pouvons observer la complexité de celle-ci.

Nous pouvons dire, tout d'abord, que le concept de participation sociale est complexe et difficilement pris en compte dans les EHPAD. Toutefois, les ergothérapeutes le jugent important après que sa définition leur soit proposée. De plus, la collaboration entre les ergothérapeutes et les aides-soignants est souvent définie comme difficile à mettre en place en particulier au moment des repas. Elle dépend d'une organisation au niveau de nombreux aspects. Les objectifs de chacun se regroupent autour du plaisir, de l'autonomie et de l'indépendance pendant les temps de repas.

La communication nous apparaît comme étant primordiale lors de cette collaboration. Son fonctionnement est marqué par le fait que les échanges sont permanents et présents sous différentes formes. La plupart des personnes interrogées explique qu'ils facilitent les partages de point de vue à l'oral, et la communication écrite permet de transmettre les informations aux équipes en particulier lors « des roulements » de celles-ci.

Une interconnaissance et une relation de confiance sont nécessaires pour accompagner cette collaboration. Elles facilitent et multiplient les appels auprès des ergothérapeutes et les rendent plus pertinents pour les aides-soignants. Il est également apparu que la communication permettait de développer ces deux concepts entre les membres de l'équipe. C'est ainsi que les professionnels peuvent profiter d'un partage de compétences. Ils interviennent alors notamment sur l'environnement de l'activité qui s'est montré être un élément indispensable, favorisant la participation sociale.

Nous avons également pu remarquer qu'il existe des limites à cette collaboration. En premier lieu, les contraintes organisationnelles et/ou institutionnelles qui délimitent les interventions communes entre les professionnels. Le temps de présence de l'ergothérapeute dans l'établissement ou l'acceptation de ses propositions sont des freins à ce travail. Ils impliquent, par la suite, une remise en question du thérapeute quant à sa légitimité dans la structure.

4.3 Les critiques et limites de la méthode

Les limites et les biais sont présents dans les travaux de recherche. Il paraît essentiel de les citer et de les prendre en compte.

La pré-enquête nous a permis de découvrir la place de l'ergothérapeute sur le terrain quant au concept de la participation sociale. Des résultats de la première pré-enquête découlent notre hypothèse de recherche. Toutefois, tous n'ont pas été utilisés. Une réflexion plus poussée, en amont, aurait donc permis de cibler les questions pertinentes et ainsi utiliser tous les résultats du questionnaire.

Nous avons choisi, à la suite de la réalisation du cadre théorique, le modèle CCTE de ENOTHE afin de rédiger la matrice théorique et d'analyser les entretiens recueillis. Cependant, il est apparu, durant cette analyse, que quelques indicateurs étaient communs entre ce modèle

et celui proposé par Pierce D. De plus, certains n'ont pas la même signification. L'énergie correspond au ressourcement pour le modèle du potentiel thérapeutique et à la motivation, entre autres, dans celui de l'ENOTHE. Nous pourrions penser que ces deux modèles sont liés ainsi le concept de participation sociale serait complémentaire à celui du potentiel thérapeutique de l'activité. Mais nous aurions également pu proposer un autre modèle tel que le modèle systémique dont un des objectifs est de mieux saisir les interactions de la personne avec son environnement.

Lors de la rédaction de notre objet de recherche, nous avons privilégié le fait que la personne âgée soit entrée en EHPAD depuis moins de six mois. Pendant la rédaction des questions pour les entretiens, nous avons minimisé ce critère car de nombreux autres étaient présents. Il aurait pu orienter les questions et donc restreindre les réponses des ergothérapeutes au vu de la population sélectionnée.

A la suite du choix de la méthode clinique, la réalisation d'entretiens est envisagée. Il est important de rappeler en premier lieu que les résultats de la recherche ne sont pas généralisables. Tout d'abord, il a été complexe de rencontrer les aides-soignantes car il a fallu obtenir de nombreuses autorisations de la part de leurs cadres. Ensuite, il est apparu que les questions ouvertes requises par la méthode ne sont pas simples en particulier lors des échanges avec les aides-soignants. Les entretiens avec ceux-ci sont alors plus directifs. Enfin, le fait que les aides-soignants, AS1 et AS2, travaillent avec l'ergothérapeute 2 représente un biais considérable lors de l'analyse des entretiens.

Le recueil de données est chronophage que ce soit pour le préparer, le réaliser ou l'analyser. Toutefois, il aurait été intéressant de réaliser de nouveaux entretiens pour compléter certaines réponses et approfondir la réflexion.

Pour finir, lors de l'analyse des entretiens, la réflexion personnelle a entraîné un nouveau biais lié à l'aspect subjectif de celle-ci.

4.4 Apports et limites des résultats et transférabilité pour la pratique professionnelle

L'amélioration de la participation sociale devient, de plus en plus, un enjeu présent dans les pratiques des ergothérapeutes. Nous avons pu les observer pour les confronter aux données théoriques. Il a été intéressant de se rendre compte que certains impacts de l'activité repas sur la

participation sociale n'avaient pas été envisagés au début de cette recherche. Nous pouvons citer l'exemple de résidents confrontés aux regards des autres personnes lors du repas rendant difficile la mise en place d'aides techniques ou la prise du repas. Cela peut entraîner, par la suite, des problèmes nutritifs et de santé.

Ce travail nous a permis de développer nos connaissances au niveau de la participation sociale. Nous pourrions ainsi, dans notre pratique professionnelle, la repérer, proposer des activités ayant cet objectif et sensibiliser l'équipe par rapport ce concept. Nous avons pu également expliquer que l'amélioration de la participation sociale impacte la santé des personnes âgées. Les personnes interrogées ont fait des propositions permettant de la favoriser. Ces exemples peuvent être adaptées à des situations qui se présenteront au cours de notre vie professionnelle.

Nous avons pu voir que la question de la participation sociale était majeure concernant la personne âgée. Elle peut apparaître également dans de nombreux lieux de vie ou auprès de publics différents. L'ergothérapeute doit la prendre en compte et adapter son intervention en fonction de la structure.

La structuration de la collaboration est apparue être particulièrement difficile pendant le repas. Nous avons pu voir entre autres qu'une organisation institutionnelle permet de faciliter le travail d'équipe. Il peut être intéressant de sensibiliser les structures pour faciliter la mise en place de procédures et l'implication des équipes afin d'améliorer cette collaboration.

Néanmoins celle-ci n'est pas seulement liée à une volonté institutionnelle, l'interconnaissance de chaque professionnel est importante. Le manque de légitimité ressenti par l'ergothérapeute peut également être un frein aux échanges au sein de l'équipe. La communication va permettre de clarifier les rôles et les compétences de chacun. Toutefois, le temps de travail peut défavoriser l'inclusion du professionnel dans l'équipe.

Enfin, lors de nos interventions ergothérapiques, nous privilégions une prise en soin centrée sur le résident. Cependant, nous avons pu voir que les soins médicaux ont une place majeure en particulier durant le repas. Cela peut banaliser ce temps, fragiliser la relation et l'adhésion du résident. Nous avons constaté que l'autonomie et l'indépendance favorise la valorisation et ainsi aide à l'intégration sociale dans la structure et l'acceptation de l'admission.

4.5 Les perspectives de recherche

Pour ce travail de fin d'étude, nous avons proposé d'interviewer des ergothérapeutes et des aides-soignants. Or, nous aurions pu également réaliser des entretiens avec des résidents d'EHPAD afin de confronter les points de vue de chacun.

Durant la deuxième pré-enquête, nous avons posé plusieurs questions. Nous souhaitions savoir quel professionnel peut participer à cette collaboration avec l'ergothérapeute et dans quelle activité elle peut être réalisée. Il serait donc également intéressant de réaliser une recherche sur la collaboration lors d'une activité entre l'ergothérapeute et l'animatrice comme proposé par les personnes interrogées.

Lors de nos recherches pour notre revue littéraire et notre pré-enquête, nous avons pu voir que la participation sociale est peu évaluée. Les ergothérapeutes utilisent des entretiens et des observations. Il serait intéressant de poursuivre ce travail en proposant un protocole pour l'évaluation de la participation sociale.

5 **Bibliographie**

1. INSEE. Tableaux de l'Économie Française. 01/03/2016. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743> . Consulté le 25/09/2017.
2. Organisation mondiale de la santé. Vieillesse et qualité de la vie. [En ligne]. <http://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>. Consulté le 23/09/2017.
3. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan National « Bien vieillir » 2007-2009. 2007. [En ligne]. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf. Consulté le 24/09/2017.
4. Izard M-H. Expériences en ergothérapie : vingt cinquièmes séries. Montpellier : Sauramps médical ; 2012 : 266 p.
5. République française. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JORF n°301 du 29/12/2015. p. 24268.
6. DRESS. 728000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. 2017. [En ligne]. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>. Consulté le 30/09/2017.
7. Mas S. L'entrée en institution, synonyme de pertes pour la personne âgée. Soins gérontologie. 2011 ; vol 16 (92) : p.18. [En ligne]. <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/684502/index.pdf>. Consulté le 18/09/2017.
8. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Contribution de l'ergothérapie dans la lutte contre la dépendance. 2011. [En ligne]. http://www.anfe.fr/images/stories/doc/rapports/Ergotherapie_%20dependance_ANFE_2011. Consulté le 23/09/2017.
9. Agence de services et de paiement. Diplôme d'état d'ergothérapie. [En ligne]. <http://vae.asppublic.fr/index.php?id=fr81>. Consulté le 24/09/2017.
10. Vergoz V. L'attention aux rôles sociaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. VST - Vie sociale et traitements. 2009 ; n°104 : p. 99-106. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-4-page-99.htm>. Consulté le 23/09/2017.

11. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement. 2010. [En ligne]. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm-2.pdf. Consulté le 18/09/2017.
12. Éloi M, Martin P. La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. Revue française des affaires sociales. 2017 ; n°1 : p. 21-40. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-21.htm>. Consulté le 28/09/2017.
13. Mallon I. Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? Gérontologie et Société. 2008 ; vol. 30 (121) : p. 251-64. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-2-page-251.htm>. Consulté le 12/09/2017.
14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. 2003 ; n°1. [En ligne]. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier200301.pdf>. Consulté le 22/09/2017.
15. Guillaumin J, Reboul H. Le temps et la vie : Les dynamismes du vieillissement. 2^{ème} édition. Lyon : Chronique sociale ; 2016 : p. 174.
16. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie en EHPAD (volet 3) la vie sociale des résidents en EHPAD. 2011. [En ligne]. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web-2.pdf. Consulté le 18/09/2017.
17. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. 2009. [En ligne]. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf. Consulté le 01/01/2018.
18. Association française des ergothérapeutes en gériatrie. Ergothérapeute en Etablissement Hébergeant des personnes âgées dépendantes. [En ligne]. http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_EHPAD.pdf. Consulté le 06/11/2017.
19. Larivière N. Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2008 ; vol.

- 75 (2) : p. 114-127. [En ligne]. <http://journals.sagepub.com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/000841740807500207>. Consulté le 12/09/2017.
20. Lievin J-C. L'ergothérapie en action sociale : une approche multidimensionnelle des situations de handicap. Paris : L'Harmattan ; 2015 : 240 p.
21. Meyer S. De l'activité à la participation. Paris : De Boeck Supérieur ; 2013 : 274 p.
22. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. Disability and rehabilitation. 2004 ; vol.26 (6) : p. 346-352. [En ligne]. <https://pdfs.semanticscholar.org/71fa/1121a2696471c9c7236e32a81cc39a0e3bd3.pdf>. Consulté le 12/09/2017.
23. Sirven N, Debrand T. La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du « bien vieillir » ou facteur d'inégalités sociales de santé ? Retraite Société. 2013 ; n°65 : p. 59-80. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2013-2-page-59.htm>. Consulté le 22/09/2017.
24. Levasseur M, Desrosier J, Noreau L. Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? Disability and rehabilitation. 2004; vol. 26 (20): p. 1206-1213. [En ligne]. https://www.researchgate.net/profile/Melanie_Levasseur/publication/8343870_Is_social_participation_associated_with_quality_of_life_of_older_adults_with_physical_disabilities/links/00b7d5263025ec0fbf000000.pdf. Consulté le 09/10/2017.
25. Zunzunegui M-V, Alvarado B E, Del Ser T, Otero A. Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older Adults. The Journals of Gerontology. 2003; vol.58 (Issue 2): p. 93-100. [En ligne]. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.S93>. Consulté le 12/10/2017.
26. Abu-Rayya H M. Depression and social involvement among elders. The Internet Journal of Health. 2006; Volume 5 (n°1). [En ligne]. http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf_publications/M-R/Abu_Rayya.pdf. Consulté le 12/10/2017.
27. Maier H., Klumb PL. Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context? European Journal of Ageing. 2005 ; 2 : p.31–39. [En ligne]. <https://www.unifr.ch/psycho/assets/files/aop/Maier%20Klumb%202005.pdf>. Consulté le 12/10/2017.

28. Eymard C, Thuilier O, Vidal M. Le travail de fin d'études s'initier à la recherche en soins et santé. Rueil-Malmaison : Edition Lamarre ; 2004 : 151p.
29. Réseau international sur le Processus de production du handicap. Le modèle. 2018. [En ligne]. <http://ripqh.qc.ca/formations/formation-quebec/mdh-pqh/>. Consulté le 02/01/2018.
30. Morel-Bracq. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2^{ème} édition. Paris : De Boeck Supérieur ; 2017 : 261 p.
31. Guérin L. « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). SociologieS ; 2016. [En ligne]. <http://journals.openedition.org/sociologies/5404>. Consulté le 03/02/2018.
32. Aubert M, Manière D, Mourey F, Outata S. Interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques. PARIS : ERES ; 2012 : 280p.
33. Piquet A. Guide pratique du travail collaboratif : Théories, méthodes et outils au service de la collaboration. 2009. [En ligne]. http://www.a-brest.net/IMG/pdf/Guide_pratique_du_travail_collaboratif.pdf. Consulté le 05/01/2018.
34. Henri F, Lundgren-Cayrol K. Apprentissage Collaboratif à Distance : Pour Comprendre et Concevoir les environnements d'apprentissage visuels. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2001 : 183 p.
35. Robidoux M. Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle. 2007. [En ligne]. <https://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>. Consulté le 14/01/2018.
36. Hernandez H, Morel-Bracq M-C, Karine Riguet K, Trouvé E. L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? Paris : De Boeck Supérieur ; 2015 : 243 p.
37. Morel M-C. Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique. 2006. [En ligne]. <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>. Consulté le 05/01/2018.
38. Morel-Bracq M-C. Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité. In : Izard M-H. Expériences en ergothérapie : vingt-quatrième série. Montpellier : Sauramps médical ; 2011 : p. 22 - 30.

39. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. 2011. [En ligne].

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf.

Consulté le 18/09/2017.

40. Ferry M. Alimentation et prévention. In : Trivalle C. Gériologie Préventive Eléments de Prévention du Vieillissement Pathologique. Troisième Édition. Paris : Elsevier ; 2016 : p. 73-

86. [En ligne]. [https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/B9782294746147000064/3-s2.0-B9782294746147000064-main.pdf?_tid=440be2c6-f267-11e7-910f-](https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/B9782294746147000064/3-s2.0-B9782294746147000064-main.pdf?_tid=440be2c6-f267-11e7-910f-00000aab0f02&acdnat=1515191288_0137c75f4897f8c8da4780fc506a443b)

[00000aab0f02&acdnat=1515191288_0137c75f4897f8c8da4780fc506a443b](https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/B9782294746147000064/3-s2.0-B9782294746147000064-main.pdf?_tid=440be2c6-f267-11e7-910f-00000aab0f02&acdnat=1515191288_0137c75f4897f8c8da4780fc506a443b). Consulté le

05/01/2018.

6 Annexes

- 6. 1. La méthodologie de la revue littéraire
- 6. 2. Le tableau des résultats des banques de données de la revue littéraire
- 6. 3. Le tableau de synthèse de l'analyse de la revue littéraire
- 6. 4. La première pré-enquête
- 6. 5. La deuxième pré-enquête
- 6. 6. Les schémas représentant les modèles conceptuels
- 6. 7. La matrice théorique et les trames d'entretien
- 6. 8. Les entretiens
- 6. 9. Le tableau récapitulatif

6.1 La méthodologie de la revue littéraire

<u>BANQUES DE DONNEES</u>	
CAIRN	Revue de sciences humaines et sociales
PUBMED	Revue de biologies et médecine (MEDLINE)
SAGE Journals	Sciences sociales, humaines, naturelles, médicales jusqu'à 2009. Canadian Journal of Occupational Therapist est accessible.
Google Scholar	Livres et revues scientifiques et références bibliographiques
BU Nord	Ouvrages gratuits et de nombreuses revues ergothérapiques
Lectures opportunistes	À la suite des recherches dans les banques de données

<u>LES CRITERES D'EXCLUSION</u>
Lieux de vie
Population
Langues autres que le français et l'anglais
Accès facile et gratuit aux documents

<u>AUTOEVALUATION DU TABLEAU DE LA REVUE LITTERAIRE</u>	
Participation sociale / Social participation	Existe de nombreux synonymes
Ergothérapie / Ergothérapeute	Résultats très vastes
Institution gériatrique / Geriatric institution / EHPAD	Ajout de « gériatrique » pour affiner les résultats.
Personne âgée / Old person	Très vastes. Existe d'autres synonymes.
Occupational therapist	Résultats très vastes
<p>Nous avons trouvé beaucoup de documents sur le sujet de notre questionnement. Nombreux d'entre eux sont des études en anglais. Notre tableau résumé de recherche de notre revue littéraire montre que des mots clés nous ont apporté beaucoup de résultats. Cela signifie qu'ils ne sont pas assez précis ou pas adaptés. Les conséquences sont que nos résultats sont parfois peu pertinents.</p>	

6.2 Le tableau des résultats des banques de données de la revue littéraire

BASES	MOTS CLES		TEXTE		RESUME		TITRE		FIN
SAGE	Participation sociale	Social participation	4562	24037	237	10481	8	300	2
	Ergoth*	Occupational therapist	1164	10	908	0	102	0	0
	EHPAD		5		3		0		0
	Institution gériatrique	Geriatric institution	0	0	0	0	0	0	0
	Personne âgée	Old person	628	14890	479	896	19	15	1
PUBMED	Participation sociale	Social participation	93	29016	6	2099	1	240	4
	Ergoth*	Occupational therapist	828	6266	699	1165	49	62	0
	EHPAD		76		28		7		1
	Institution gériatrique	Geriatric institution	54	5525	5	11	0	0	0
	Personne âgée	Old person	7	10565	6	35	1	3	0
CAIRN	Participation sociale	Social participation	1059	277	48	2	9	0	1
	Ergoth*	Occupational therapist	1129	18	21	0	14	0	0
	EHPAD		375		55		37		1
	Institution gériatrique	Geriatric institution	128	15	10	0	10	0	2
	Personne âgée	Old person	2298	50	111	0	57	0	0
GOOGLE SCHOLAR	Participation sociale	Social participation	17600	1600000			230	5780	7
	Ergoth*	Occupational therpaist	138	124000			0	513	0
	EHPAD		4320				383		0

	Institution gériatrique	Geriatric institution	17000	285000			43	49	0
	Personne âgée	Old person	17500	168000			1130	64	0
BU NORD	Participation sociale	Social participation	40	2411	5	600	0	47	0
	Ergoth*	Occupational therapist	186	4	14	1	87	0	5
	EHPAD		8		4		3		1
	Institution gériatrique	Geriatric institution	11	6	1	0	0	0	0
	Personne âgée	Old person	156	15	33	0	27	0	2
Lectures opportunistes	Participation sociale								2
	Ergoth*								4
	EHPAD								1
	Institution gériatrique								0
	Personne âgée								3

6.3 Le tableau de synthèse de l'analyse de la revue littéraire

<u>Sources</u>	<u>Thème</u>	<u>Population</u>	<u>Méthode utilisée</u>	<u>Approche théorique</u>	<u>Principaux résultats</u>
11	Entrée en EHPAD	Personne âgée en EHPAD	Etudes diverses	Accompagnement / admission / accueil	Recommandation de bonnes pratiques pour l'accueil en EHPAD
12	L'entrée en et approche juridique	Personne âgée en EHPAD	Cadre légal / enquête observatoire régionale de santé 2006	Cadre législatif / institution / sécurité	Approche juridique (législation, liberté fondamentale...)
13	Entrée en maison de retraite	Personne âgée en maison de retraite	Enquête EHPA 2000 et enquête de la DREES	Rite / accompagnement individualisé	L'entrée en maison de retraite demande un accompagnement individualisé [11] et [13] s'accordent

14	Entrée en institution	Personnes âgées	Enquêtes diverses (SAPAD et EHPA...)	Participation / autonomie / institution	Entrée en institution = rupture, moment bouleversent, prise de décisions
15	Entrée en institution	Personne âgée		Participation sociale / entrée	Entrée en institution, identité, crise
16	La vie sociale des résidents	Les personnes âgées en EHPAD	Enquête REHPA sur 240 EHPA	Qualité et lieu de vie / rôles sociaux	Recommandation en EHPAD par rapport aux activités sociales
17	Accompagnement en établissement	Les aspects de la vie en établissement	Recommandations existantes	Accompagnement, projet, proches	Projet personnalisé, entrée en EHPAD, vie sociale
18	Ergothérapie en gériatrie	Fiche de poste			Missions spécifiques
19	Participation sociale et ergothérapie	Santé mentale	la méthode de Walker et Avant (1995)	Participation sociale, instruments de mesure, ergothérapie	La MHAVIE et la Participation Measure for Post-Acute Care semblent les plus complets pour évaluer la PS en santé mentale
20	Ergothérapie et action sociale	Tous publics		Approche transdisciplinaire, participation sociale, l'intervention ergothérapique	Découverte de l'ergothérapie et les activités sociales – définition de la participation sociale
21	ENOTHE	Pour les ergothérapeutes	ENOTHE	CCTE	Explications du CCTE
22	LIFE-H : mesure de la participation sociale	Personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles	24 personnes ayant un handicap physique évalués deux fois avec LIFE-H	Participation sociale et instruments de mesure	LIFE-H (MHAVIE en français) permet d'évaluer la participation des personnes âgées dans les domaines sociaux.

23	Les relations de causalité entre participation sociale et santé des personnes âgées en Europe.	Les personnes âgées	La santé, le vieillissement et la retraite en Europe 2004 et les modèles de panel dynamiques (Wooldridge, 2002, 2005)	Approche scientifique et approche comparative	L'effet de la santé sur la participation sociale apparaît plus important que l'effet inverse.
24	La qualité de vie et la participation sociale	La personne âgée ayant des handicaps physiques	46 personnes ont été interrogées grâce à l'index de la qualité de vie et le LIFE-H	Approche psychosociale et approche fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - la participation sociale améliore de façon limitée la qualité de vie. - le niveau du handicap physique n'influence pas significativement la qualité de vie.
25	Les réseaux sociaux des personnes âgées	Les réseaux sociaux des personnes âgées	65 espagnols ont été interrogés sur plusieurs évaluations tels que le Short Portable Mental Status Questionnaire, the Barcelona Test, EPESE	Approche sociale	<ul style="list-style-type: none"> - lien entre les relations sociales et le déclin cognitif - la participation sociale a des effets protecteurs contre le déclin cognitif - l'influence des relations sociales sur la fonction cognitive est différente pour chaque genre
26	Dépression et participation sociale	22777 européens âgés de 65 ans ou plus	Etude européenne de 2004 de la santé, du vieillissement et de la retraite. SHARE	Participation sociale / dépression	La participation sociale permet, une prévention primaire de la dépression.
27	Participation sociale et mortalité	473 personnes 70 à 103 ans	Etude avec observation (Berlin Aging Study) 1990-1993	Mortalité et activités sociales	Les activités sociales permettent un meilleur taux de survie chez les personnes âgées

6.4 La première pré-enquête

Dans quelle structure travaillez-vous ?

EHPA 0 EHPAD 14

Comment préparez-vous l'entrée d'une personne âgée dans la maison de retraite ?

1. Je n'y participe pas. C'est la cadre, la psychologue et le médecin Co qui donnent leur avis favorable ou défavorable pour l'entrée, suite à l'entretien de préadmission et la réception de dossier médical.
2. Interrogatoire famille et résident
3. Visite de préadmission de la Médecin coordonnateur
4. Savoir s'il va y avoir besoin de matériel type matelas air (dans ce cas je demande des Braden et localisations escarres)
5. Je ne les vois qu'une fois qu'ils sont admis
6. Visites de pré admission, préparation du matériel en amont et présentation aux équipes
7. Je regarde les informations dont nous disposons : Selon le dossier réalisé par le médecin Co lors de la visite de préadmission et l'infirmier le jour de l'arrivée : préparation du matériel de prévention d'escarre, d'aide à la déambulation, aménagement de la chambre si besoin, organisation des séances individuelles si prescription, proposition d'activités de groupe en fonction des loisirs pratiqués avant l'entrée, organisation de la journée (préférence pour la toilette : heure, lieu, fréquence, incapacités relevées par les différents soignants...; Pour les activités selon loisirs pratiqués avant l'entrée) + Bilan d'entrée que je réalise après l'entrée qui relève les déficiences sensorielles, cognitives, motrices et le niveau d'autonomie dans les AVQ
8. Nous réalisons un premier entretien avec visite puis lors de l'entrée un suivi psychologique est établi
9. Entretien et présentation
10. Lecture dossier d'entrée avec équipe pluridisciplinaire (psychologue, Médecin coordonnateur, IDEC), contact de l'hôpital ou SSR si la personne rentre suite à un trauma si besoin d'éclaircissement sur le dossier. Installation des aides techniques Entretien d'entrée et établissement d'un diagnostic ergothérapeutique avec évaluation toilette, habillage, repas. Réalisation d'actes de rééducation sur prescription médicale.
11. Connaissance de la personne et installation du matériel préalable (matelas, fauteuil...)

12. Bilan d'entrée à l'arrivée de la personne : recueil des données médicales, bilan fonctionnel (gestes tests, déplacements, transferts), participation dans les activités de la vie quotidienne, discussion avec autres professionnels (psychologue, IDE, médecin, aides-soignantes)
13. Réunion + transmission
14. Anamnèse de la personne

Quelles sont vos priorités en tant qu'ergothérapeute lors de l'entrée en maison de retraite d'une personne âgée ?

1. Pas de priorités. Je rencontre la personne et je fais un point sur son installation, l'environnement de la chambre, le matériel, les transferts/déplacements, les souhaits en termes d'occupation. J'apporte les solutions immédiates et je fais le lien avec les équipes.
2. Installation et sécurité au sein de l'établissement
3. Evaluation des capacités pour connaître les besoins en aides humaines / aides techniques
4. Installation en chambre : adaptable, fauteuil, potence...Evaluation (Braden, Tinetti, repas...), savoir les centres d'intérêt de la personne...
5. Son autonomie, son matériel
6. S'assurer que le matériel nécessaire est disponible, connaître les habitudes de vie antérieures de la personne et ses antécédents de chute, avoir une idée du niveau d'autonomie de la personne et de ses centres d'intérêts
7. Préserver son niveau d'autonomie et permettre son intégration à l'EHPAD
8. D'expliquer mon rôle à la personne tout en écoutant ses premiers besoins et attentes.
9. La sécurité : au lit, au fauteuil et la prévention des escarres
10. Ma priorité est de faire en sorte que la personne connaisse l'établissement et son fonctionnement afin de préserver les habitudes de vie. D'un côté pratique, car je n'ai qu'un 30% sur l'établissement, Ma priorité est également la mise en place des aides techniques adaptées.
11. Projet de vie, qualité de vie et confort
12. La participation dans les activités de la vie quotidienne de manière indépendante et autonome
13. L'installation en chambre / fauteuil, bilan capacités incapacités fonctionnelles
14. Ses habitudes de vies et favoriser son autonomie dans les AVQ

Comment définissez-vous la participation sociale ?

1. C'est un élément qui est souvent perdu à l'entrée en institution et que nous sommes en peine à restaurer. Nous avons des petites actions qui permettent aux personnes de conserver un rôle social et économique comme faire des achats (commandes coordonnées par l'animatrice ou aller sur le marché du village), prendre une collation en famille au salon de thé, participer à l'installation du couvert, rarement sortir au restaurant dans le cadre d'un atelier de groupe. Il n'y a pas de sorties culturelles que je classe aussi dans la participation sociale. Nous arrivons plus facilement à faire venir des intervenants culturels : musique, arts graphiques ...
2. Insertion du résident dans sa prise en charge, avoir un rôle être acteur
3. Pleine réalisation d'une habitude de vie
4. C'est ce qui découle d'une participation/ d'un engagement de la personne dans une activité. Cela permet le développement/conservation du lien social avec autrui, conservation estime personnel, affirmation de soi, reconnaissance d'autrui à travers la participation aux activités de la résidence.
5. Liens avec l'extérieur
6. C'est l'engagement de la personne dans les activités ou les échanges avec d'autres personnes. Domaine assez vaste pouvant recouper les activités du quotidien, les activités de loisirs, l'entraide etc... Pas facile à définir !
7. Comme la possibilité pour la personne de réaliser ses habitudes de vie comme elle le souhaite et selon ses capacités
8. Oui
9. Elle débute lorsque le résident sort de sa chambre
10. L'investissement personnel de la personne dans la réalisation d'activités lui permettant de contribuer à sa sphère sociale.
11. La participation sociale est le fait d'avoir ou d'obtenir un rôle dans une communauté sociale
12. La participation sociale regroupe, selon moi, les rôles qu'une personne peut endosser dans son environnement social.
13. Implication dans les activités quotidiennes proposées par l'EHPAD Et interaction avec les différentes personnes
14. Elle ne se définit pas clairement. Je dirais plutôt le liens social avec autrui.

Est-ce que la participation sociale est un motif de prise en soin ?

1. Cela peut lorsque c'est au cœur de la problématique de la personne.

2. Non
3. Oui (2)
4. Oui. Surtout en EHPAD où les personnes se sentent isolées, ont besoin de retrouver du plaisir, du lien...
5. ?
6. Oui si la personne en fait un de ses objectifs
7. Non pas en tant que tel, si on définit la participation sociale par le PPH oui. On peut travailler sur les facteurs environnementaux en conseillant les aides-techniques, aide à la déambulation, en aménageant la chambre, en formant les équipes en manutention ou sur les incapacités en rééducation par exemple
8. Pour moi oui
9. Elle peut l'être
10. Il peut l'être si la personne a une perte de ses capacités de communication, Sa motricité ou un trouble cognitif.
11. Oui, elle fait tout autant partie de la personne que ses capacités physiques, mentales, etc.
12. Oui, afin d'éviter l'isolement
13. Non pas uniquement

Quels éléments vous indiquent qu'une prise en soin est nécessaire au niveau de la participation sociale (observation, demande de l'équipe, demande du résident ou de la famille...) ?

1. Observations de l'équipe, demande du résident.
2. Observation, comportement du résident, demande de l'équipe De soin du résident ou de la famille
3. Observation, demande de l'équipe, demande du résident ou de la famille
4. Dépression, isolement, demande du résident (seuls les désirs du résident comptent)
5. Demande du résident
6. Si le résident en exprime l'envie / le besoin, si l'impossibilité d'y participer génère des troubles du comportement, si la famille décrit quelqu'un d'auparavant très actif et qui ne l'est plus à son entrée en établissement
7. Toutes les informations recueillies par les intervenants cités + le bilan d'entrée
8. C'est une décision à prendre avec une vision holistique de la personne, par l'observation le suivi psychologique, les diverses demandes et lors des entretiens (bilans)
9. Ennui, dépression...

10. Diagnostic médical, informations communiquées par le psychologue lors de la rencontre avec la famille, entretien avec la famille, observation de l'équipe....
11. Troubles du comportement, demande d'un tiers, replis
12. C'est souvent les équipes soignantes qui connaissent bien l'histoire de vie de la personne donc elles sont susceptibles de faire remonter ce genre d'information. La demande peut aussi venir du patient et je peux en être à l'origine si j'observe certains comportements lors d'une activité de groupe par exemple.
13. Observation collective
14. Personne éventuellement isolée mais l'isolement n'est pas un motif de prise en charge suffisamment valable.

Lorsque vous avez pour objectif de favoriser la participation sociale, quelle prise en soin proposez-vous à vos patients ?

1. C'est une réponse d'équipe, plusieurs actions peuvent être menées à différents moments de la journée par différents intervenants.
2. Stimulation
3. Séance individuelle ou en groupe
4. Activités thérapeutiques, repas auquel je participe pour faire du lien avec les autres résidents, sorties extérieures...
5. Sorties, échanges avec personnes extérieures
6. Participation à des activités de groupe adaptées (basées sur la méthode Montessori) ou décision en équipe " d'attribuer" certaines tâches au résident ou de le convier à le faire avec nous, lui demander son aide
7. Individuelle ou groupale, matérielle ou environnementale
8. Mes objectifs ne sont jamais de "favoriser la participation sociale" tout est plus détaillé ce qui me permet d'adapter au mieux mon accompagnement. Cela peut passer par des activités de ou en groupe ou un accompagnement individuel voir les deux ; ou bien par différentes adaptation (environnement, matériel...)
9. Ateliers de groupe, réalisation d'objet, peinture qui seront exposées
10. Accès au pôle d'activité et soin adapté (PASA) ou accueil de jour si l'établissement en possède, Si besoin s'entretenir avec l'animatrice et intervenants extérieurs (musicothérapeute, art thérapeute, APA) pour le stimuler à participer aux ateliers adaptés
11. Activités significatives

12. Souvent des activités de groupe ou alors des activités au sein du service (distribuer les journaux aux autres résidents, mettre la table ...).
13. Atelier de groupe
14. Plutôt des prises en charge de groupe

Evaluez-vous la participation sociale ? Si oui, grâce à quels outils d'évaluation ?

1. Non (4)
2. Pas d'évaluation spécifique.
3. Non...observations subjectives
4. Observations
5. Non par directement
6. Lors du bilan d'entrée je fais passer le Get UP and go, un bilan fonctionnel, les 5 mots de Dubois, bilan des praxies
7. Comme je le dis précédemment je ne l'évalue pas. J'évalue les différentes AVQ ce qui me donne une idée de la participation sociale.
8. Évaluation hebdomadaire de la participation des résidents inscrits au PASA, entretiens réguliers avec les intervenants extérieurs pour suivre leur investissement, lecture des transmissions, entretien avec les ASG
9. L'évaluation n'est pas formalisée, je me base sur la satisfaction de la personne.
10. Non je ne connais pas d'outils me permettant

Identifiez-vous les éléments constituant la participation sociale des personnes âgées avant leur entrée en maison de retraite ?

1. Non (2)
2. Cela fait partie du recueil des informations dans les habitudes de vie.
3. Oui
4. Non...après leur entrée
5. Autant que possible avec entretien auprès du résident et de sa famille mais parfois oublié dans mes entretiens, pas toujours la priorité
6. Non pas avant, j'arrive à avoir une représentation de leur participation sociale lorsque la personne est entrée et lors du bilan d'entrée
7. Non car je n'ai pas rencontré la personne
8. Il y a beaucoup d'éléments qui peuvent la définir....
9. Oui, lors de l'entretien d'entrée, Il faut identifier les habitudes de vie de la personne.

10. Très peu, il est souvent difficile de recueillir ce genre d'information dans la structure où je travaille. Les familles sont cependant une bonne ressource lorsqu'elles sont présentes.
11. Selon les renseignements du dossier d'inscription oui
12. C'est difficile de les identifier mais les visites qu'elles reçoivent ou une participation à des associations peuvent nous aider à savoir ou chercher.

Vous appuyez-vous sur des modèles ergothérapeutiques ou interprofessionnels pour mener votre prise en soin ? Si oui, lequel ?

1. Non (4)
2. PPH
3. Non... à bordeaux on apprend énormément de modèles mais une fois sur le terrain difficile de se raccrocher aux cours...
4. Oui plusieurs : de rééducation, réadaptation, humaniste, cognitive, cognitivo-comportemental, PPH pour la rédaction des rapports
5. Pas particulièrement. Je puise dans différents modèles afin d'affiner au mieux mes accompagnements.
6. Modèle biopsychosocial
7. PPH
8. Je ne me base pas sur un modèle en particulier mais je m'inspire des modèles qui sont centrés autour de l'occupation.
9. MCRO

Avez-vous des suggestions ou des remarques ?

1. Je n'interviens qu'1 jour par semaine dans les EHPAD, je travaille à la réflexion sur les actions à mener, j'impulse mais je ne propose aucun suivi individuel.
2. Non
3. Je travaille à 100% dans 5 EHPAD, 20% dans chaque, vu mon temps de présence, beaucoup de notions passent malheureusement à la trappe ...
4. L'idéal et le terrain sont bien différent !
5. Je vx bien lire ton mémoire :) bon courage.
6. Non
7. C'est intéressant de s'appuyer sur les modèles mais difficile à comparer à la pratique car peu utilisé strictement. Dans la pratique, j'utilise les modèles de manière inconsciente et

pas directement principalement car seulement les ergo parlent de ces modèles en EHPAD

8. Pour moi on ne peut pas mettre favoriser la participation sociale comme un objectif. Cela n'est pas assez détaillé. On risque de se perdre dans l'accompagnement. Ça peut éventuellement être une finalité
9. J'ai un exemple particulier de participation sociale : je travaille dans un EHPAD spécialisé dans la maladie d'Alzheimer, l'une des résidentes aide l'équipe soignante pour mettre la table, distribuer les journaux, faire les lits et un peu de ménage en échange d'une rémunération de la maison de retraite. Ce genre d'adaptation de prise en charge permet à cette résidente de ne pas ressentir le vide occupationnel que les patients déments communiquent souvent.

6.5 La seconde pré-enquête

La collaboration entre l'ergothérapeute et les professionnels travaillant en EHPAD permet-elle d'améliorer la participation sociale des résidents ?

Oui 38 et Non 2

Quel professionnel, autre que l'ergothérapeute, est le plus à même de participer à cette collaboration ?

1. Animateur/trice (12)
2. Animatrice /As
3. AMP AS
4. Aide-soignant (7)
5. animatrice, aide-soignant
6. Psychologue
7. aide médico psychologique, animatrices
8. Psychométriciennes, infirmières, aides-soignants, psychologues
9. Psychomotricienne
10. Psychologue, aides-soignants
11. Animation et psychologue
12. Animatrice ASH AMP (AES)
13. Psychomotricien / kiné et surtout ANIMATEUR !!!

14. AS ou EAPA ou animatrice (ça dépend de leur degré d'investissement dans l'EHPAD...)
15. As, animateur
16. Psychologue, AMP, AS
17. Animateur, psy
18. As, Psychomotricien, amp
19. as/asg/amp,
20. L'animateur/trice, les intervenants extérieurs, les bénévoles
21. annimatrice, asg
22. les As sont souvent auprès des résidents.
23. AS / animatrice

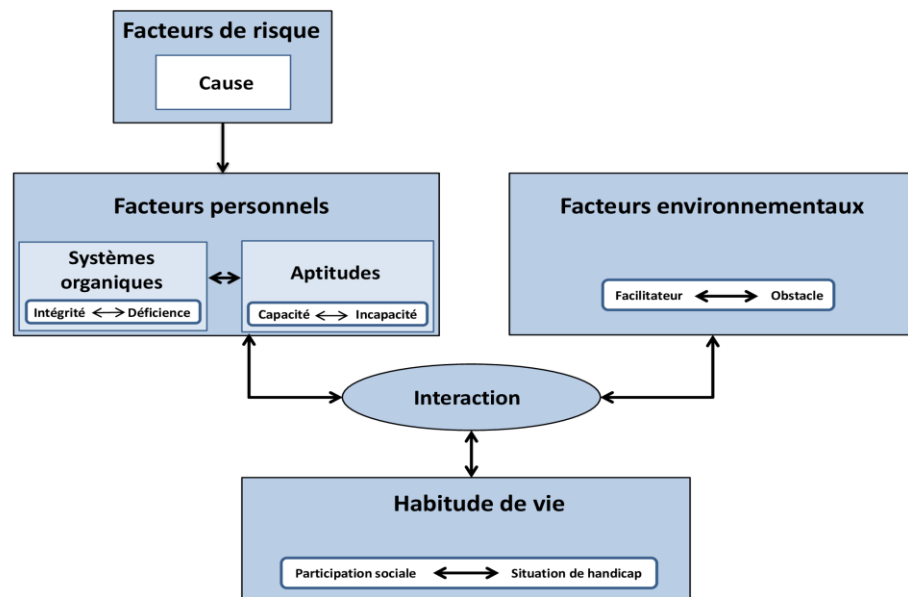
Lors de quelle activité réalisée en EHPAD, les résidents participent-ils le plus socialement

?

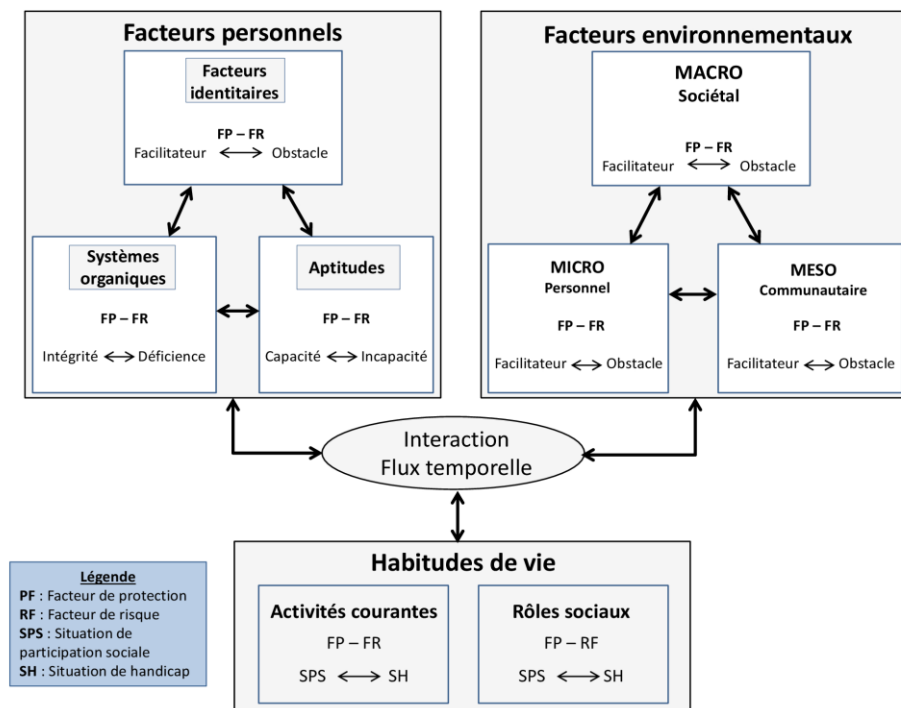
1. Activité de groupe (prévention de chute, commission des menus)
2. Cuisine
3. Activités en groupe telle que la gym mémoire
4. Échange avec un groupe d'enfants
5. Soins personnels
6. Lecture du journal, fêtes, sorties,
7. Activité collective (manuelle, déco...) festive
8. Toutes : dans les AVQ, dans les sorties, dans les activités proposées par les animatrices ou les bénévoles, dans les activités thérapeutiques....
9. Ateliers de groupe
10. Silverfit, sorties, sophrologie, zoothérapie
11. Repas thérapeutiques
12. Atelier équilibre
13. Lors des déplacements, pendant le repas, lors d'atelier cognitif de groupe (pasa)
14. Animation
15. Activité cuisine, activité manuelle (préparation décoration de Noël)
16. Cela dépend des personnes
17. Le repas (2)
18. Les repas les spectacles
19. Messe
20. Animations

21. animations, repas
22. Groupes de stimulation et de jeux, repas
23. Les anniversaires
24. Tout dépend par ce que tu entends participer (demande du résident, obligation du soignant, participation active ou passive, etc.) car le caractère social ce voit quand le résident sort de lui-même de sa chambre, au restaurant, au salon, aux animations, aux activités thérapeutiques, aux sorties extérieurs, sa possibilité de sortir seul, les contacts téléphoniques, etc c'est très diversifié selon les résidents et leurs habitudes de vie
25. Tous les ateliers en groupe + les "moment comme à la maison"
26. Festivités
27. L'activité intergénérationnelle
28. cuisine
29. Temps festifs, repas thérapeutiques
30. Le temps des repas
31. Une activité collective du type travaille à partir d'images
32. Aller au marché, visite d'exposition,
33. La fabrication des décorations à thème, le loto
34. Ateliers thérapeutiques (ou activité dans laquelle les résidents seront actifs)
35. Marchée suivi de la préparation et prise de repas
36. Groupes de vie
37. Nous avons un journal des résidents avec une participation écrite des résidents ils peuvent rédiger les articles seul ou à plusieurs. Les articles sont donnés au barman de la résidence qui est aussi un résident puis donné au "facteur" qui est aussi un résident et me le remets ensuite nous travaillons à l'informatique avec un groupe ouvert
38. Repas thérapeutiques et temps du repas
39. Repas, fêtes d'anniversaire

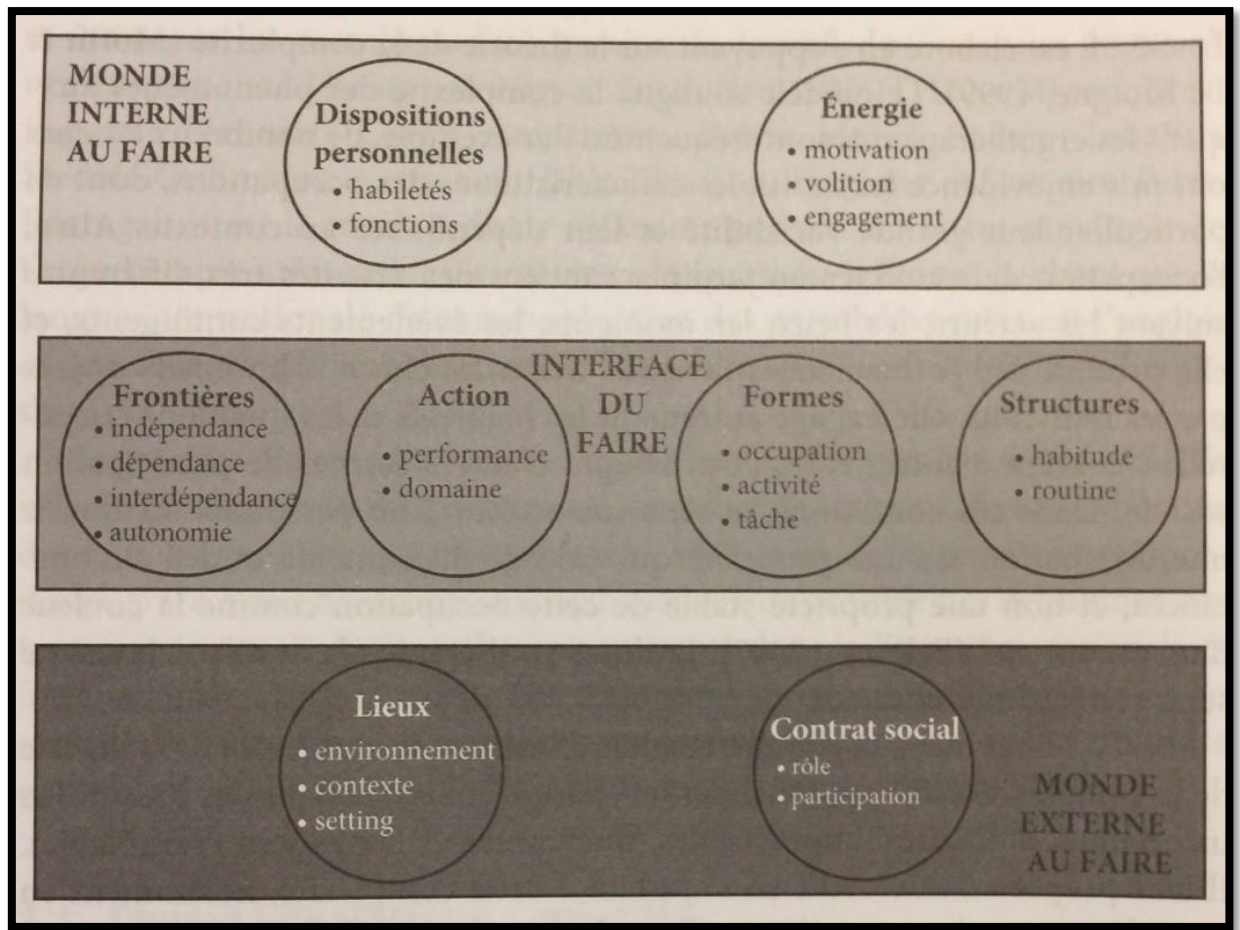
6.6 Les schémas représentant les modèles conceptuels



Le processus de production du handicap (1998)



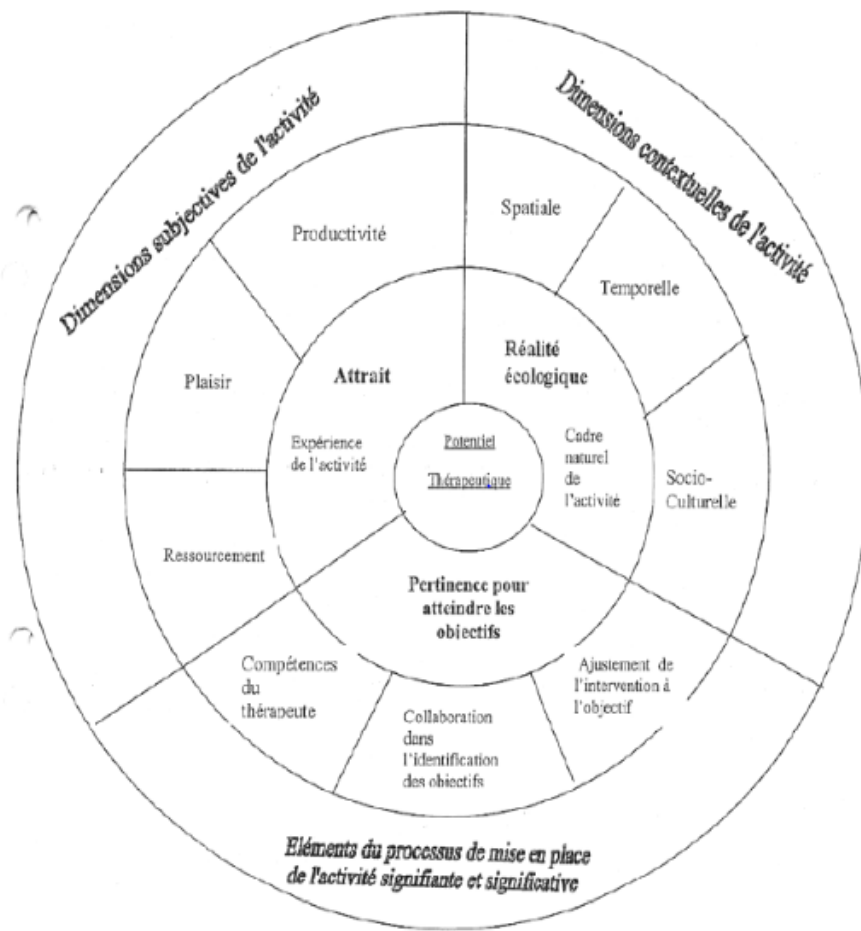
Le processus de production du handicap amélioré (2010)



Représentation schématique du cadre conceptuel du CCTE

Activité	Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations.
Autonomie	La liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci.
Contexte	Les relations entre l'environnement, des facteurs personnels et des événements qui influencent chez l'acteur, la signification de la tâche, de l'activité ou de l'occupation.
Dépendance	Le fait d'avoir besoin d'aide pour réaliser des activités de la vie de tous les jours d'une manière satisfaisante.
Domaine de la performance occupationnelle	Une catégorie de tâches, d'activités et d'occupations qui appartient typiquement à la vie de tous les jours. Les catégories sont habituellement appelées soins personnels, productivité et loisirs.
Engagement	Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation.

Environnement	Des facteurs externes, physiques, socioculturels et temporels, qui appellent et modèlent la performance.
Fonction	- Les composantes physiques et psychiques qui permettent l'action - La capacité à utiliser des composantes de ses performances occupationnelles pour réaliser une tâche, une activité ou une occupation
Habileté	Une aptitude, développée par l'expérience, qui permet l'action effective.
Habitude	Une manière d'agir dans la vie quotidienne, acquise par de fréquentes répétitions, qui demande peu d'attention et qui permet un fonctionnement efficace.
Indépendance	Le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie et tous les jours de manière satisfaisante.
Interdépendance	La condition de dépendance et d'influence mutuelle entre les membres d'un groupe social.
Motivation	Un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction des besoins.
Occupation	Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs.
Participation	L'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées.
Performance de l'activité, de la tâche, de l'occupation	Le choix, l'organisation et la réalisation d'activités, de tâches ou d'occupations en interaction avec l'environnement.
Rôle	Des normes et des attentes sociales et culturelles, portant sur la performance occupationnelle, qui sont associées à l'identité personnelle et sociale de l'individu.
Routine	Une séquence établie et prévisible de tâches.
Setting	L'environnement immédiat qui influence la performance de la tâche, de l'activité ou de l'occupation.
Tâche	Une succession d'étapes structurées (des actions et/ou des réflexions) conduisant à la réalisation d'un but particulier. Ce but peut être la performance d'une activité ou un travail attendu de l'individu.
Volition	La capacité d choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire.



Outil conceptuel pour construire une pratique centrée sur l'activité

DORIS PIERCE

6.7 La matrice théorique et trames d'entretiens

La matrice théorique

THEMES	INDICATEURS		INDICES
ACTIVITES	Dimensions subjectives de l'activité	Productivité	Sens de l'activité pour le résident / engagement
		Plaisir	Motivation de l'individu
		Ressourcement	Energie physique et/ou psychique
	Dimensions contextuelles de l'activité	Spatiale	Adaptation de la salle de restaurant, placement autour de la table (installation et placement nominatif)
		Temporelle	Double service, horaire régulier

		Socio-culturelle	Contexte favorisant l'aspect social et culturel
	Eléments du processus de mise en place de l'activité	Compétence du thérapeute	Référentiel de compétences
		Collaboration dans l'intervention	Collaboration entre le thérapeute et le résident
		Ajustement de l'intervention	Afin de poursuivre les objectifs malgré les difficultés rencontrées (lié aux buts fixés lors de la finalisation)
COLLABORATION	La formalisation de la régulation		Règles, procédures, structures organisationnelles, description des tâches
	La finalisation de la régulation		Buts formulés, rencontres interprofessionnelles, transmissions
	L'intériorisation		Relation de confiance, interconnaissance
	La délégation		Responsabilité exogène (hiérarchie dans l'établissement et à l'extérieur, législatif) ou endogène (agents internes du service)
PARTICIPATION SOCIALE	Monde interne au faire	Dispositions personnelles	Habiletés, fonctions, capacités
		Energie	Motivation, volition, engagement
	Interface du faire	Frontière	Interdépendance, dépendance, autonomie
		Action	Performance, domaine
		Forme	Occupation, activité, tâche, habitudes de vie
		Structure	Habitude, routine
	Monde externe au faire	Lieux	Environnement (facteurs externes, physiques, socioculturels et temporels), contexte (relation entre l'environnement et des facteurs personnels), setting (environnement immédiat)
		Contrat social	Rôle, participation

Les trames d'entretiens avec les ergothérapeutes

<u>ERGOTHERAPEUTE</u>
<p>Pouvez-vous me décrire l'établissement et la population présente dans EHPAD où vous travaillez ?</p> <p>Vous travaillez à temps complet dans l'établissement ?</p> <p>Est-ce que vous avez eu des formations complémentaires à la formation initiale ?</p> <p>En quelle année avez-vous été diplômé ?</p>

Thème principal / question inaugurale : ce qui m'intéresse, c'est de comprendre comment l'ergothérapeute accompagne la participation sociale des résidents d'EHPAD pendant les repas

Déf PS : une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

<u>QUESTIONS</u>	<u>RELANCES</u>	<u>OBJECTIFS</u>
Participez-vous à l'activité repas ?	Dans quelle mesure intervenez-vous dans cette activité ?	Découvrir si l'activité repas fait partie des caractéristiques du poste de l'ergothérapeute. Identifier les compétences utilisées par l'ergothérapeute lors de l'activité repas.
Quel est pour vous le potentiel thérapeutique de cette activité ?	Plaisir, ressourcement, contexte de l'activité, compétences demandées, relation soignant/soigné	Identifier les éléments repérés par l'ergothérapeute lors de l'analyse de l'activité.
Est-ce que la participation sociale est une notion à laquelle vous êtes attentif durant le repas ? Quel est pour vous son intérêt ?	Comment concrètement cela se manifeste-t-il sur le terrain (actions, échanges interprofessionnels, protocole) ?	Découvrir si la notion de participation sociale est signifiante pour l'ergothérapeute et comment est-elle identifiée dans la pratique.
Est-ce que vous collaborez avec des professionnels lors de cette activité ?	Collaborez-vous avec les AS lors de l'activité repas ?	Identifier les participants aux échanges lors de l'activité repas.
Comment s'organise cette collaboration avec les AS au quotidien ?	Prémices, fréquence, échanges, buts, relations ; compétences...	Déterminer et comprendre les moyens utilisés afin de développer la collaboration.
Quels sont les avantages et les freins de la collaboration avec les AS ?	La collaboration avec les AS permet-elle de favoriser la PS des PA ? Comment ?	Découvrir les intérêts et les limites de la collaboration par rapport à l'activité ergothérapique.

Avez-vous des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et que vous souhaitez rajouter ?	Permettre à l'ergothérapeute de développer des thèmes non abordés auparavant.
---	---

ERGOTHERAPEUTE (pas de collaboration)
<p>Pouvez-vous me décrire l'établissement et la population présente dans EHPAD où vous travaillez ?</p> <p>Vous travaillez à temps complet dans l'établissement ?</p> <p>Est-ce que vous avez eu des formations complémentaires à la formation initiale ?</p>
Thème principal / question inaugurale : ce qui m'intéresse, c'est de comprendre comment l'ergothérapeute accompagne la participation sociale des résidents d'EHPAD pendant le repas
Déf PS : une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux

<u>QUESTIONS</u>	<u>RELANCES</u>	<u>OBJECTIFS</u>
Participez-vous à l'activité repas ?	Dans quelle mesure intervenez-vous dans cette activité ?	Découvrir si l'activité repas fait partie des caractéristiques du poste de l'ergothérapeute. Identifier les compétences utilisées par l'ergothérapeute lors de l'activité repas.
Quel est pour vous le potentiel thérapeutique de cette activité ?	Plaisir, ressourcement, contexte de l'activité, compétences demandées, relation soignant/soigné	Identifier les éléments repérés par l'ergothérapeute lors de l'analyse de l'activité.
Est-ce que la participation sociale est une notion à laquelle vous êtes attentif durant le repas ?	Comment concrètement cela se manifeste-t-il sur le terrain (actions, échanges interprofessionnels, protocole) ?	Découvrir si la notion de participation sociale est signifiante pour l'ergothérapeute et comment est-elle identifiée dans la pratique.
Est-ce que vous collaborez avec des professionnels lors de cette activité ?	Collaborez-vous avec les AS lors de l'activité repas ?	Identifier les participants aux échanges lors de l'activité repas.
Si vous aviez des possibilités de collaboration, est-ce que vous prendriez en compte la PS ?	Pourquoi ? Si oui, en lien avec quels professionnels ?	Comprendre si cette notion est présente si les conditions sont optimales.

Avez-vous des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et que vous souhaitez rajouter ?	Permettre à l'ergothérapeute de développer des thèmes non abordés auparavant.
---	---

La trame d'entretiens avec les aides-soignants

Pouvez-vous décrire l'établissement où vous travaillez ?
Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?
Avez-vous suivi des formations en plus de votre formation initiale ?

<u>QUESTIONS</u>	<u>RELANCES</u>	<u>OBJECTIFS</u>
Participez-vous à l'activité repas ?	Activité, fréquence, temps attribué à cette activité...	Découvrir si l'activité repas fait partie des caractéristiques du poste. Identifier les compétences utilisées par l'aide-soignant.
Est-ce que le lien social est une notion à laquelle vous êtes attentif durant le repas ?	Définition si nécessaire. Comment concrètement cela se manifeste-t-il sur le terrain ?	Déterminer si la participation sociale est un élément pris en compte par le professionnel. Découvrir comment la participation sociale est identifiée dans la pratique.
Collaborez-vous avec les ergothérapeutes lors de l'activité repas ?		Permettre de sélectionner les éléments pertinents et guider l'aide-soignant tout au long de l'entretien.

SI OUI		
Comment s'organise cette collaboration avec l'ergothérapeute au quotidien ?	Procédure, modalité, buts formulés, rencontres interprofessionnelles,	Déterminer et comprendre les moyens utilisés afin de développer la collaboration.

	transmission, compétences...	
Quels sont les avantages et les obstacles de la collaboration avec les ergothérapeutes ?	La collaboration avec les AS permet-elle de favoriser la PS des PA ? Comment ?	Découvrir les intérêts et les limites de la collaboration.
Lors des interventions, l'ergothérapeute apporte-t-il des conseils pour favoriser le lien social des résidents lors du repas ? Lesquels ?	Comment l'ergothérapeute intervient-il au niveau de la PS lors des temps repas ?	Identifier les moyens utilisés par l'ergothérapeute lors de ces échanges avec les AS.

SI NON		
Pourquoi cette collaboration n'a-t-elle pas lieu ?	Organisation, institution, temporelle...	Identifier les facteurs faisant obstacles à la collaboration entre les professionnels.
Est-ce que vous voyez des intérêts à une intervention de l'ergothérapeute sur votre étage ?	Selon vous, quel avantage peut avoir la collaboration entre les professionnels ?	Identifier si les professionnels ont connaissance des compétences de l'ergothérapeute

Avez-vous des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et que vous souhaitez ajouter ?	Permettre à l'ergothérapeute de développer des thèmes non abordés auparavant.
--	---

6.8 Les entretiens

→ Entretien 1

- 1 **Peux-tu me décrire l'établissement et la population présente dans EHPAD où tu travailles ?**
- 2
- 3 Il y a vraiment de tout, du plus autonome au plus dépendant et tout ce qui est capacités
- 4 cognitives (certaines ont des troubles cognitifs et d'autres où le MMS est très bas.) Donc les

aides pour le repas varient en fonction de ces capacités cognitives. Ensuite, j'ai cinq établissements, donc, ça varie entre 75 et 95 résidents.

Travailles-tu as temps complet ?

Oui, j'ai un jour par semaine dans chaque établissement et dans certains tous les 15 jours. Cela dépend de la demande des établissements. Mais en général l'emploi du temps est fixe.

Est-ce que tu as eu des formations complémentaires à la formation initiale ?

Non, juste la formation initiale.

Tu as été diplômée en quelle année ?

En 2016.

Ce qui m'intéresse c'est de comprendre comment l'ergothérapeute accompagne les résidents durant les repas et surtout au niveau de la participation sociale.

Au niveau de la participation sociale, je ne comprends pas trop par rapport au repas. Tu entends quoi par participation sociale ?

J'ai noté une définition : une situation de participation social correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Alors moi, je n'agis pas trop dessus mais nous avons fait une formation avec E3 avec la méthode Montessori pour tout ce qui est badge. Donc mettre les prénoms au niveau des résidents que chacun ait son nom mais ça je n'ai pas réussi à le faire entrer dans les établissements. Quand les résidents voient ton prénom, ils t'appellent et c'est plus instructif pour eux, ils vont plus facilement t'appeler et ça on le voit avec notre badge. **Le badge, c'est pour les professionnels ?** En général, ce sont les professionnels qui l'ont mais le mieux ce serait que les résidents en PASA ou en EHPAD dans l'établissement aient leur nom ou prénom. Mais c'est dur de le faire comprendre à la direction. La mise en place est un peu compliquée.

Tu as dit que tu participais à l'activité repas, pourquoi y participes-tu ? Quelle activité fais-tu à ce moment-là ?

En général, je fais tout ce qui est en rapport à l'indépendance au niveau des aide-techniques. Je regarde si certaines sont nécessaires. Dans certains établissements, c'est vraiment aider aux repas quand il n'y a pas assez de personnel. Ensuite, pour certains je pense à un monsieur les aider à retrouver les gestes pour essayer de rééduquer et c'est tout. Un monsieur a eu un accident, il y a quelques mois. A l'hôpital, il a tout perdu et petit à petit, on essaie de la rééduquer mais c'est difficile surtout quand il y a une démence en plus c'est difficile. Soit c'est une aide totale soit un accompagnement le faire. Parfois à la fin du repas on arrive à ce qu'il mange quelques cuillères tout seul. **La participation aux repas, c'était noté dans ta fiche de poste ?**

39 Pas spécialement. Etant donné que j'ai plusieurs établissements chacun a ses demandes donc
40 ma fiche de poste n'est pas vraiment très claire.

41 **Au niveau du potentiel thérapeutique, que vois-tu dans l'activité repas qui pourraient**
42 **l'influencer ?**

43 Si on essaie vraiment de faire un accompagnement pour la personne et pas une aide totale, au
44 niveau moteur, c'est quand même important parce que ça fait travailler tout ce qui est membres
45 supérieurs, les gestes du quotidien et ça peut jouer aussi par rapport au moral : une personne
46 qui est dépressive et qui se voit diminuer c'est difficile. Si elle se voit manger, ça peut être
47 réconfortant pour quelqu'un qui vient retrouver son indépendance. Après en PASA, on essaie
48 d'avoir des activités pour qu'ils puissent communiquer entre eux. Dans un autre établissement,
49 j'ai le petit-déjeuner dans un petit salon à un étage. Ça peut stimuler le lien social.

50 **Est-ce que tu formules des objectifs pour cette activité ?**

51 Formuler des objectifs... (hésitation) Je mets des choses en place et je demande que ce soit fait
52 mais de là à formuler des objectifs... Il y a un fossé entre la pratique et la théorie. On explique,
53 on ne fixe pas des objectifs comme dans la théorie mais tu expliques pourquoi tu le fais aux
54 soignants. Donc oui, on fixe des objectifs mais ce n'est pas des objectifs pour des objectifs. **Je**
55 **comprends, les objectifs ne sont pas formulés.** Non, c'est plutôt des explications, le comment
56 et le pourquoi et comment le mettre en place. Ensuite, je teste pendant le repas quand j'y suis,
57 je vois si ça marche ou pas. J'échange à ce moment-là quand c'est possible pour essayer de
58 mettre quelque chose en place qui pourrait correspondre totalement au résident. C'est vraiment
59 pendant le repas et général, comme je n'y suis qu'une fois par semaine, la semaine d'après, je
60 vérifie encore si ça correspond encore et si ça convient pour être sûre. Ensuite, j'essaie aussi de
61 faire le lien avec l'équipe pour que la mise en place soit faite quand je ne suis pas là.

62 **Est-ce que la participation sociale est une notion à laquelle tu es attentive durant le repas**
63 **? Quel est son intérêt ?**

64 Oui c'est important d'en tenir compte. Mais en tant qu'ergothérapeute c'est difficile d'avoir un
65 rôle dessus, je pense. Ensuite comme je te disais au niveau des étiquettes/badges on peut essayer
66 d'apporter quelques choses au niveau de l'environnement physique pour essayer de faciliter les
67 échanges. Là je ferai plus le lien avec le PASA parce que c'est plus facile. Par exemple, les
68 carafes, les plats sont au milieu de la table. Ils sont un peu moins servis. Du coup, il y a un peu
69 plus d'interactions. Ils sont obligés de se demander des plats ou ce dont ils ont besoin. De plus,
70 comme le nombre est réduit, il y a plus de calme. Donc les échanges sont plus faciles. C'est un
71 peu le cocooning le PASA donc ça favorise aussi le lien.

Tu me parlais de professionnel avec lesquels tu collaborais durant les temps de repas.

Quels professionnels étaient présents ?

Il y a des aides-soignants, les AMP, les infirmiers. Mais en général c'est vraiment une équipe alors tu tournes avec tout le monde. Il y a la diététicienne aussi dans un établissement donc avec elle aussi pas mal et avec les ASH aussi qui mettent la table.

Pour mon mémoire, je m'intéresse particulièrement à la collaboration avec les aides-soignants. Comment s'organise cette collaboration au quotidien ?

Ça peut être les deux parfois c'est une demande d'AS étant donné qu'elles sont toujours sur le terrain et à ce moment-là je vais les voir, j'observe, je mets en place si nécessaire ou c'est moi qui en observant voit si certaines choses seraient bénéfiques ou pas. Donc j'adapte en fonction du besoin **Tu y vas à chaque repas ou c'est ponctuel ?** Pas à tous les repas mais j'y vais au moins à 75 % du temps, c'est un moment important. Je vais aussi tourner au moment du petit-déjeuner dans les chambres pour ce qui est positionnement car parfois ils ne sont pas adéquats pour les petits déjeuners.

Comment se déroulent les échanges avec les aides-soignants ?

Alors quand je mets quelque chose en place, l'équipe est autour, alors j'en fais part à ce moment-là. J'en fais part aussi au moment des transmissions orales quand il y a toute l'équipe et en général je fais une transmission écrite aussi. Je suis sûre ainsi que le message est passé.

Est-ce que tu as des buts communs avec les aides-soignants ?

Ça dépend des équipes. Il y a des équipes qui vont être tournées vers l'indépendance et d'autres beaucoup moins. Quand l'équipe suit, on a la même vision au niveau de l'indépendance, là, on a les mêmes objectifs afin d'adapter l'environnement. Quand les équipes ne suivent pas trop, on n'a pas du tout la même vision donc pas les mêmes objectifs. Ça dépend vraiment des personnes, des équipes et des établissements.

Est-ce que tu ressens un chevauchement, une complémentarité ou une transmission des compétences ?

Avec les AS, non, on est complémentaire. Du coup, pour tout ce qui est des techniques, elles ne connaissent pas trop. Ensuite, dans un établissement, j'ai la diététicienne, et avec elle, on est un peu sur le même terrain. Je ne suis là que tous les 15 jours, sur cet établissement, alors en général, elle met les choses en place avant moi. **Donc avec les aides-soignantes, vous êtes complémentaires et tu transmets tes compétences surtout au niveau technique.** Technique et aussi positionnement.

Quels sont les avantages et les freins de la collaboration avec les aides-soignantes ?

105 Étant donné qu'en PASA ce n'est pas les AS, c'est important le lien d'être en collaboration avec
 106 les AS parce que du coup on favorise le lien et l'indépendance. En EHPAD, c'est un peu plus
 107 compliqué.

108 **Alors en général tu vois des avantages au travail avec les aides-soignants ?**

109 Ah oui ! De toute façon, sans elles, on ne peut rien faire étant donné qu'elles sont sur le terrain
 110 24h. C'est eux qui sont avec les résidents : sans eux, pas de suivi, rien.

111 **La collaboration avec les aides-soignants permet-elle de favoriser la participation sociale ?**

112 Oui un ergothérapeute à temps plein dans un établissement, je ne sais pas si tu en as eu, mais je
 113 pense que c'est rare.

114 **En effet, dans le département, je n'en ai pas trouvé. As-tu des remarques complémentaires
 115 ou éléments que nous n'avons pas abordés et que tu souhaites rajouter ?**

116 Non mais si tu veux axer vraiment par rapport au lien social, le mieux ça va être le PASA. Je
 117 ne sais pas si ça va être trop réduit pour toi mais c'est là que tu vas avoir le max de choses.

118 **D'accord donc questionner le PASA plus que l'EHPAD ?**

119 Tous les établissements n'ont pas de PASA. C'est là où on aura, nous, notre rôle et les AS aussi.
 120 Dans les EHPAD, c'est plus compliqué étant donné que les plus autonomes n'ont pas vraiment
 121 besoin d'aide au niveau de la communication et que les plus dépendants n'ont plus trop de
 122 communication. Donc je pense que c'est mieux au niveau du PASA où l'on sera bénéfique.

123 **D'accord merci.**

→ Entretien 2

1 **Pouvez-vous me décrire l'établissement et la population présente dans EHPAD où vous**
 2 **travaillez ?**

3 On est sur un EHPAD avec 150 résidents répartis sur deux secteurs. Un secteur où il y a 70
 4 personnes avec un degré d'autonomie plutôt bon. Ce sont des personnes qui sont autonomes.
 5 Elles peuvent se débrouiller ou alors, elles ont besoin d'une aide partielle (À la toilette, à
 6 l'habillage, dans les activités de la vie quotidienne). On a un deuxième secteur avec 80
 7 personnes qui sont atteintes de démence, de troubles cognitifs avec un secteur fermé et une
 8 surveillance pour éviter les risques d'égarement.

9 **Vous travaillez à temps complet dans cet établissement ?**

10 Oui, je suis à temps plein sur l'établissement mais c'est un peu compliqué car je suis à 50 % sur
 11 l'équipe mobile de gériatrie où j'interviens sur un SSR non spécialisé, un service de médecine

et je fais des sorties en extrahospitalier de visite à domicile. Les médecins traitent les patients et nous les envoient en demandant des visites à domicile. Les 50 %, c'est mon temps en EHPAD.

Est-ce que vous avez eu des formations complémentaires à la formation initiale ?

Non, mais on est formé tous les ans en formation continue mais je n'ai pas d'autres diplômes universitaires.

En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?

2013

Ce qui m'intéresse c'est de comprendre comment l'ergothérapeute accompagne la personne âgée dans la participation sociale pendant le repas.

La participation sociale c'est quoi que vous entendiez par-là ? Est-ce les liens sociaux entre les résidents ?

Je vais vous donner une définition. La définition de la participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Alors c'est vrai que ça m'intéresse beaucoup, c'est un peu là-dessus que j'essaie de sensibiliser les équipes. Parce que c'est vrai que lorsque j'ai commencé à faire des repas un peu "thérapeutique" en EHPAD, j'ai remarqué qu'ils sont tous les mêmes. S'ils ne mangent pas parce qu'ils n'aiment pas, il n'y a même pas de remplacement. Je trouvais ça un peu gênant car pour moi le repas doit rester, même si on n'aime pas, quelque chose lié au plaisir. Donc si on aime pas, ça part mal, ça ne peut pas fonctionner. Il faut prendre en compte cet aspect qui est important. Donc j'essaye de faire un travail de sensibilisation avec les équipes leur montrer que ça doit rester un acte de plaisir, quelque chose qui reste du domaine du plaisir au lieu d'un acte de soin. L'EHPAD où je travaille est rattaché et inclus dans un hôpital, il y a un peu cette dérive médicale avec toutes les restrictions médicales. On note tous les jours ce qu'ils ont mangé, on fait des fiches alimentaires, on a des protocoles et s'ils ne mangent pas de 2 jours, on commence à installer des protocoles de dénutrition. Dans un sens c'est très bien, on prend soin de l'aspect nutritionnel, de la bonne santé de la personne mais d'un autre côté, on respecte moins l'envie ou la non envie de ne pas manger mais aussi les goûts ne sont pas pris en compte. Du coup, moi j'essaie de faire en sorte que la voix du patient ou de la personne, ce n'est pas des patients mais des personnes, soit plus entendu et pris en compte.

Pendant l'activité repas, quels sont vos actions, techniques et moyens d'intervention ?

C'est-à-dire que je fais beaucoup de stimulations. Je le fais souvent avec des personnes qui ont des troubles locomoteurs et cognitifs qui sont souvent désorientés, qui n'ont pas la notion de ce qu'ils doivent manger en premier ou pas. Ils sont donc un peu désorientés durant le repas et dans

la chronologie du repas. Les guider pour faire un repas structuré et essayer de réinstaller un rituel. C'est beaucoup de stimulation, de guidance verbale et parfois physique. Certaines personnes qui d'un point de vue locomoteur ne peuvent plus manger toute seule et qui ont toutefois cette capacité à dire : J'en veux, j'en veux pas, j'aime, j'en veux un peu plus, c'est trop chaud... Je suis là pour respecter ce qu'ils veulent sur le moment. C'est donc beaucoup de stimulations par rapport au repas ; ça peut passer aussi par le conseil, la recommandation d'aides techniques, de couverts adaptés... Mais le problème c'est qu'on n'est pas très bien doté en matériel, alors je fais souvent du bricolage. Je m'intéresse aussi à l'environnement et j'essaie de mettre en place des plans de table en tenant compte avec qui les personnes s'entendent le moins, avec qui elles peuvent avoir des échanges ou par qui elles seront stimulées pour manger. Je fais un peu de planification de plan de table en prenant en compte les affinités qu'ils ont entre eux mais aussi qu'ils s'entraident. Il y a plusieurs choses à prendre en compte mais on le voit sur le coup sur le moment.

Je parle dans mon mémoire du potentiel thérapeutique de l'activité repas. Est-ce que vous voyez ce que peut apporter les temps de repas pour les personnes âgées ?

Oui bien sûr. On prend la motivation en compte par le fait de savoir s'ils veulent manger ou pas ou s'ils sont en forme ou pas. Après moi, je pensais aussi par rapport à l'orientation temporelle de fixer le repas et de se dire : là il est à peu près midi, c'est le milieu de la journée donc c'est le moment où on s'arrête. C'est le repas. J'essaie d'instaurer ce repère et après de structurer le repas entre entrée /plat/dessert et d'essayer de respecter une chronologie, un repère à l'intérieur du repas à retrouver un peu à chaque fois.

Avez-vous des objectifs qui sont formulés par rapport à cette activité ?

(Rire) L'objectif ... Non ... je n'en ai pas. Je ne les formule pas pour moi les objectifs sont multiples et c'est toujours la même chose : le plaisir. Ensuite, qu'ils arrivent à manger tout seul. On est là aussi pour favoriser l'autonomie pour les personnes qui ont un déficit locomoteur ou/et cognitif. C'est vrai que l'objectif c'est d'essayer de maintenir certaines fonctions : le fait de manger, le geste et le mieux c'est qu'ils puissent le reproduire sans que l'on soit là ; ça c'est vraiment l'objectif général. Après, d'un point de vue social c'est qu'ils passent un bon moment qu'ils soient contents de leur repas. Après je n'ai pas d'objectif à court, moyen et long terme. C'est compliqué, il y a beaucoup de variables. Ce n'est pas comme en rééducation où il y a des protocoles. Il faut s'adapter aux personnes qu'il y a en face de nous et puis prendre en compte, comme en gériatrie, tous les aspects de la personne : aspect culturel, les pathologies rencontrées et la sphère locomotrice. Il y a tout à prendre en compte. C'est compliqué de choisir des priorités.

On y va au cas par cas. On essaye des choses qui le lendemain peuvent ne pas fonctionner. On s'adapte. L'objectif pour moi est le plaisir et reproduire eux même sans présence humaine.

Est-ce que la participation sociale est une notion à laquelle vous êtes attentif durant le repas ? Quel est son intérêt ?

On a des synthèses pluridisciplinaires où l'on revient sur les repas, une synthèse orale entre les équipes. On débat sur ce que l'on observe. C'est beaucoup de l'observation. Moi je n'ai pas de bilan qui puisse quantifier. On fonctionne beaucoup par la communication, de ce que l'on observe, de ce que nous disent les gens et on en discute entre nous en équipe. Les médecins peuvent réadapter certains traitements qui peuvent couper l'appétit ou au contraire simuler trop. On en discute entre nous une fois par semaine et après c'est comme ça qu'on avance. Puis on analyse les choses qui ont marché ou pas. Tout dépend de la personne et de ce qu'on a vu. **Vous faites des ajustements ?** Oui. On a des protocoles de dénutrition mais pour le repas on le fait comment le sent. On en discute entre nous, ce n'est pas du n'importe quoi. C'est de l'ajustement permanent et puis après on essaye d'atteindre au mieux pour la personne. Après on en discute chaque semaine pour avancer. Pour le repas, on n'a pas de protocole ou de bilan pour évaluer la situation. **Par rapport à l'EHPAD et à l'unité fermée, la participation sociale est-elle différente ?** C'est plus en termes de planification pour le plan de table. Ça va être plus compliqué parce que des personnes qui ont des troubles du comportement et qui peuvent parler beaucoup ou peuvent avoir un moral très exalté, une hyper-jovialité. C'est vrai ça peut être irritable pour certains voisins et il faut prendre en compte tous les troubles du comportement. Il faut y être vigilant. Des personnes qui n'ont pas de troubles du comportement peuvent avoir d'autres difficultés plus locomotrices dans la réalisation du geste. Alors que des personnes qui sont déments auront tout à fait la mémoire du geste mais en revanche, elles vont se lever pendant le repas. Elles seront spatialement et temporellement désorientées. C'est là où il faudra les recadrer dans le temps et dans l'espace.

Vous me parlez de professionnel avec lesquels vous collaborez durant les temps de repas. Pour mon mémoire, je m'intéresse particulièrement à la collaboration avec les aides-soignants. Comment s'organise cette collaboration au quotidien ?

Ce sont les plus proches collaborateurs. Le soir, je ne suis pas présent. Donc c'est eux qui prennent le relais le soir et le matin pour certains qui mangent très tôt. Du coup c'est à eux que je confie cette charge. Entre nous, c'est un perpétuel échange ; eux me disent ce qui a marché, ce qui est faisable aussi parce que moi j'ai des objectifs avec l'autonomie mais parfois sur le terrain, ce n'est pas réalisable ce que tu me dis. C'est avec eux que j'interviens beaucoup et que je change. C'est eux qui font le plus manger et qui sont tout le temps là pour les services. C'est

les référents. Nous, on est là pour essayer de cadrer, leur donner des idées mais c'est eux qui appliquent vraiment au quotidien. Après sinon, les autres intervenants avec qui on s'entend, c'est le médecin coordinateur et la diététicienne qui a des protocoles spécifiques plus sur la dénutrition. C'est plus médical.

Est-ce que par rapport à la collaboration avec les aides-soignants, il y a un échange de compétences, un chevauchement une transmission ou une complémentarité ?

Moi je dirais que c'est complémentaire parce qu'elle m'apporte une vision que je n'aie pas forcément. Au début, j'avais l'impression de leur apporter des choses : ma vision par rapport au plaisir. Il me semble que j'ai cassé quelques routines qui faisaient que les repas était un peu trop cristallisé, automatique, plus envisagé comme un soin, un acte médical. Je trouve que de plus en plus ça passe beaucoup plus par le plaisir. On prend plus en compte l'avis de la personne. Après en même temps, elle m'apporte un côté plus soignant que moi j'ai moins. Il n'y en a pas un qui apporte plus que l'autre. C'est une bonne collaboration.

Quels sont les avantages et les freins de la collaboration avec les aides-soignantes ?

Peut-être des freins par rapport au roulement des équipes. Au début, j'avais l'impression de répéter plusieurs fois la même chose. Il y a des infos qui peuvent passer ou être modifiées en fonction des interprétations des uns et des autres mais c'est surmontable. C'est de la communication. Il s'agit d'avoir les mêmes discours. **Faites-vous des transmissions écrites ?** Oui, j'en fais régulièrement dans la semaine et l'on en fait à l'issue des grandes synthèses pluridisciplinaires qui permettent de mettre sur le papier des grands objectifs qui ont été décidé en équipe. Comme ça, ça permet de laisser un fil conducteur aux équipes qui ne sont pas là ce jour-là et puis pour le weekend aussi de pouvoir appliquer aussi ce que l'on a décidé.

Avez-vous des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et que vous souhaitez rajouter ?

C'est particulier ici à l'hôpital. C'est rattaché à l'hôpital, il y a ce côté de soin qui est très présent. Au début, quand j'ai commencé à faire les repas j'ai un peu cassé quelques idées un peu préconçues sur les repas ; que le repas soit envisagé comme un choix finalement et ça surtout avec les infirmiers. Ça pourrait être un des freins au départ. C'est par rapport au repas. Pour moi, le repas c'est un moment de plaisir, une activité quotidienne. C'est quelque chose que l'on fait tous les jours donc il faut le faire avec le plaisir en même temps ça peut servir à stimuler pour le maintien de l'autonomie. L'infirmière, elle voit ça plutôt par rapport au soin, au médical, à la malnutrition ou à la dénutrition. On n'a pas tout à fait la même approche. Il faut confronter nos différentes visions. C'est un peu le frein que j'ai eu au départ. En fait, tout se règle en communiquant et puis en s'expliquant.

147 **D'accord merci.**

→ Entretien 3

1 **Peux-tu me décrire l'établissement et la population présente dans EHPAD où tu**
2 **travailles ?**

3 J'interviens dans trois EHPAD dans la semaine. J'ai un EHPAD à 110 résidents où je vais un
4 jour par semaine. Un autre EHPAD où j'ai 90 résidents. J'y vais deux jours par semaine. Et le
5 troisième EHPAD, j'y vais un jour et demi et j'ai 100 résidents. Ce sont des populations
6 mélangées des démences de types Alzheimer ou apparentées, des démences de type Parkinson
7 ou apparentées, un peu aussi de psychiatrie avec des syndromes anxiodépressifs ou de la
8 psychiatrie pure. Ça fait un an et demi que j'interviens et que la dépendance augmente, donc
9 j'aurai plus tendance à dire qu'on a majoritairement des GIR 2/3 et les GIR 5/6 sont très rares.

10 **Travailles-tu as temps complet ?**

11 J'ai un emploi CDI à temps complet mais dans les EHPAD je ne suis pas à temps complet. Je
12 suis en vacation.

13 **Est-ce que tu as eu des formations complémentaires à la formation initiale ?**

14 Oui je me suis formée à Montessori adapté aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs.
15 C'est une formation faite par le professeur Cameron qui en est à l'origine. Et là je reviens d'une
16 formation de 3 jours sur escarre et positionnement avec Fabrice Nouvel qui est un
17 ergothérapeute spécialisé en gériatrie.

18 **Tu as été diplômée en quelle année ?**

19 En 2016

20 **Ce qui m'intéresse c'est le travail de l'ergothérapeute quand il accompagne la personne**
21 **âgée au niveau de la participation sociale lors des repas.**

22 D'accord.

23 **Est-ce que tu participes à l'activité repas ? Pendant l'activité repas, quels sont tes actions,**
24 **techniques et moyens d'intervention ?**

25 Oui, j'y participe dans deux structures. On va dire que je fais des repas thérapeutiques. Donc
26 on cible des gens avec l'animatrice et les aides-soignantes où l'on prend des gens avec des
27 démences Alzheimer assez avancées. On essaye de voir jusqu'où va leur autonomie et de
28 quelles activités ils sont capables de faire, prendre des initiatives et autres. Donc c'est-à-dire
29 qu'ils font tout. Ils mettent la table, dinent, se servent, jusqu'à faire la vaisselle, balayer la pièce.
30 On le fait à peu près tous les jours et le reste du temps, je suis dans la salle à manger des

personnes dépendantes et c'est plus de la stimulation à l'autonomie et la prise des repas, réinitialiser le geste. Car finalement, ce n'est pas quelque chose qu'ils ont perdu c'est juste un oubli. Trouver l'automatisme quand tu stimules. Ça je le fais dans un autre EHPAD, je ne fais que de la stimulation au repas. Dans le troisième, j'ai mon temps de pause lors du repas donc je ne peux pas y assister.

Je parle dans mon mémoire du potentiel thérapeutique de l'activité repas. Est-ce que tu vois ce que peut apporter les temps de repas pour les personnes âgées ?

Ta question me fait penser aux repas thérapeutiques. Le repas crée des liens sociaux, du plaisir, mais aussi de l'entraide. Parce que l'on voit que lorsqu'ils sont en difficultés, ils vont vraiment aller vers eux spontanément pour les aider, entre eux. Puis, ça engendre de la parole, une conversation beaucoup plus facilement alors que quand ils sont hors temps du repas, ils ne parlent pas forcément. Je trouve que le moment du repas, c'est vraiment un moment de partage, de convivialité ou de plaisir. **Le repas thérapeutique tu le fais avec un nombre de résident fixe ?** En effet, ils sont à peu près huit quand on est deux. Quand on est trois, un peu plus mais comme on veut qu'ils fassent le plus de chose possible, il faut quand même cadrer les choses.

As-tu des objectifs qui sont formulés par rapport à cette activité ?

En amont, oui. Je vais les tester pendant les repas thérapeutiques et je vais vérifier si les objectifs sont atteignables. Et en fonction pour le repas thérapeutique suivant, je réajuste, j'augmente les difficultés ou autres pour pouvoir toujours progresser et les stimuler un peu plus. Les objectifs peuvent être la prise d'initiative, la sociabilisation parce que ce sont des gens assez repliés sur eux-mêmes et le fait d'être en petit groupe les aide. Le fait de les recentrer dans une petite pièce avec peu de résidents, on essaye d'engager les conversations et que chacun communique et s'ouvre vers les autres et plus le gain d'autonomie que cela implique.

Est-ce que la participation sociale est une notion à laquelle tu es attentive durant le repas ? Comment ça se manifeste sur le terrain ?

On évalue grâce aux observations et puis on échange. C'est pour ça que je trouve très intéressant d'être accompagnée de l'animatrice qui elle et l'aide-soignante ont un autre œil. Cela nous permet d'échanger sur notre point de vue et ainsi créer des axes d'améliorations. Après je n'ai aucun bilan. Disons que les bilans en EHPAD, c'est compliqué après quand tu as des bilans d'équilibre et tout, c'est facile. Ensuite au niveau de l'installation, lors des repas thérapeutiques, je laisse libre choix au placement de table déjà que quand ils sont dans la grande salle, ils ont des places obligatoires et imposées durant toute l'année et toujours les mêmes voisins. Moi, je n'ai aucun pouvoir là-dessus dans les structures puisque je n'appartiens pas à celle-là. Cependant, pour les repas thérapeutiques, où c'est nous que l'on a initié l'idée, on a notre mot

à dire. Donc là, ils sont libres de faire ce qu'ils veulent. Ils ont le choix et ça c'est important parce qu'en EHPAD, ils ont peu de choix. Et là, on leur laisse leur autonomie. Donc tu collabores avec les aides-soignants et les animatrices. Oui et beaucoup, les infirmières aussi et avec tout le monde : l'équipe médicale et paramédicale. Les ergothérapeutes sont obligés pour avoir tous les éléments et faire une prise en charge optimale.

Pour mon mémoire, je m'intéresse particulièrement à la collaboration avec les aides-soignants. Comment s'organise cette collaboration au quotidien ?

Alors ce qu'on a mis en place dans chaque structure, c'est un cahier de transmission, tous professionnels avec moi vu que je n'interviens pas tous les jours. Dans ce cahier, les aides-soignants m'écrivent leurs observations au cours des jours où je n'interviens pas pour que moi je puisse intervenir plus tard suivant les problèmes rencontrés. Tous les matins, je fais le tour de chaque étage et je vais à la rencontre de chaque professionnel pour qu'on puisse discuter sur les problèmes cités dans le cahier ou non. Certains n'osent pas écrire ou dire les choses parce que forcément elles vont écrire et la personne suivante va venir écrire à son tour et lire la remarque précédente. Il y a certaines aides-soignantes qui vont avoir des craintes. C'est pour ça que je fais aussi le tour et que l'on prend le temps de discuter et parfois il y a des choses qui n'étaient pas écrites. Il faut donc aller à la pêche aux informations. Tout n'est pas écrit, il faut aller chercher et pister des informations. A l'entrée du résident en EHPAD, je ne fais pas de bilan repas, c'est des observations mais la collaboration avec l'aides-soignants, elle se passe avant même que le résident soit là parce que je fais des visites à domicile avant que le résident rentre : visite à domicile ou dans une structure : hôpital ou autre. Je m'y rends avec une aide-soignante. Ça me permet de voir vraiment le degré d'autonomie et le degré de dépendance du résident et pouvoir réajuster le matériel si possible, de pouvoir préparer son entrée aussi et créer un premier contact entre lui et la structure. Les aides-soignantes ça leur permet aussi d'avoir cet échange là car c'est elles qui vont être le plus au contact avec le résident. Du coup, on passe tout, point par point : c'est un questionnaire qu'on a établi avec les aides-soignantes. Là, on parle aussi du repas. C'est là le début de la collaboration. Suivant le degré d'autonomie, suivant les textures, s'il est déjà en lisse, s'il est déjà en mixé ou autre... tout ce qu'on va pouvoir établir et mettre en place pour son entrée. Après bien sûr, on réajuste dès son arrivée si nécessaire.

Ah ! C'est très intéressant. Est-ce que vous avez des objectifs avec les aides-soignants ?

Ecrits, non. Verbalement, peut-être. On en discute ensemble en amont ou lors de la relève, après moi, je trace. Notre objectif commun est principalement l'autonomie au repas.

Au niveau des compétences de chacun, tu dirais que c'est un chevauchement, une transmission ou une complémentarité ?

J'hésite entre chevauchement ou complémentarité. J'irais plus sur la complémentarité parce que comme je disais tout à l'heure chacun à sa propre vision des situations. Il y a des choses qui se chevauchent et d'autres qui sont relatives aux deux professions, des choses banales. Mais après on a chacun notre prise en charge, chacun nos objectifs. Et finalement, c'est en les croisant qu'ils deviennent complémentaires.

Quels types de transmissions réalises-tu ?

Je dirais que je fais des triples transmissions. Je le dis au cours du repas avec le résident. Je teste avec l'aide-soignante parce que j'ai remarqué que ça marchait mieux. Si c'est moi qui le teste seule et qu'elle ne le voit pas, ça a moins d'impact pour la suite de la mise en place que si je le teste avec l'aide-soignante parce qu'elle l'aura vu donc elle aura conscience que ça marche, elle va en parler avec ses collègues. Après, je l'écris sur le logiciel de transmission pour que toute l'équipe puisse le voir. Ensuite, dans chaque EHPAD, je ne sais pas si c'est dans chaque EHPAD mais dans les miens c'est toujours comme ça, il y a un cahier des aides-soignantes entre elles. Si tu veux, il y a plusieurs équipes donc ça tourne. Si une équipe met en place un truc pour que l'autre le sache, il faut que la première écrive ses transmissions. Et moi, j'écris sur ce cahier aussi. **Quelle relation as-tu avec les aides-soignants ?** Après quand je suis arrivée dans les structures, j'ai eu de la chance parce qu'il y avait eu des ergothérapeutes avant moi et elles avaient déjà expliqué le rôle de l'ergothérapeute. Ça a déjà cassé beaucoup de barrières. Quand je suis arrivée, j'ai mis en place le fait d'aller voir toutes les équipes pour créer du contact et se familiariser avec. Quand une ergothérapeute vient dans une structure, qu'elle ne vient qu'un jour et qu'elle dit « moi, je ferais plutôt ça comme ça » ça pourrait être mal vécu. Je me mets à leur place, si quelqu'un me disait ça tous les jours, ça pourrait être mal vécu. C'est pour ça aussi que je vais beaucoup avec les aides-soignants dans les toilettes, à la prise de repas avec elles, pour être avec elles. Si je suis là c'est pour essayer d'apporter des solutions pour tout le monde, pour le résident mais aussi pour les aides-soignants. Pour que le travail soit facilité et soit plus agréable pour les deux.

Quels sont les avantages et les freins de la collaboration avec les aides-soignantes ?

Des freins ? Des freins c'est que ce soit pas mis en place, que ce ne soit pas suivi ou que des aides-soignantes disent « moi je trouve que ça ne marche pas du tout ». Dans ce cas-là, ils vont tout arrêter, ils ne vont pas continuer. Le problème, je trouve c'est que parfois elles ne se posent pas de questions, pourquoi ça n'a pas marché : parce que ce jour-là, il était fatigué ; parce que la veille, il était tombé. Donc c'est plein de facteurs qui vont agir sur le fait que ça ne va pas marcher ce jour-là. Ça ne veut pas dire que ça ne marchera pas le lendemain. Ça c'est un frein qu'il n'y ait pas de suivi quotidien. Après le plus gros c'est les avantages. **Quelles sont ces**

avantages pour toi ? C'est là où on crée du lien. Parce que moi, je suis toujours confronté à la difficulté qu'intervenant qu'un jour ou deux jours pour leur faire comprendre que ça va marcher je suis obligée de créer du lien avec elles, aller dans leur sens tout en ayant finalement des arguments à mes actions. C'est pour ça que je teste avec l'aide-soignante, c'est un argument majeur. Comme ça elle voit que l'on a vu si ça marche ou pas. Parce que ça peut être dans l'effet inverse, là on est parti dans l'optique que l'aide-technique marche mais ça peut-être les aides-soignantes qui proposent des aide-techniques aux résidents. Dans ce cas-là, il faut essayer et expliquer pourquoi ça marche ou pas pour ne pas mettre en échec le résident. L'autre frein que j'ai par exemple dans la mise en place des aide-technique au repas. Je ne sais pas si on est dans ce cadre. C'est les résidents, ils peuvent être un frein parce que disons que c'est le moment du repas, c'est un moment où ils sont en collectivité et donc, il y a le regard de l'autre. Et ça, c'est difficile ! Beaucoup de résidents m'ont dit « Non ! On ne veut pas utiliser ces aide-techniques parce que ça montre qu'on est en difficulté ». Ça montre la déficience aux autres et ça ils n'aiment pas. Quand ils ont des aide-techniques dans les chambres ça va parce qu'ils sont tout seul. Personne ne les voit alors que là le temps du repas c'est la collectivité et les autres résidents ont un regard sur eux. Je trouve que ça c'est un frein, le plus gros frein qui existe dans la mise en place des aide-techniques. Je le retrouve beaucoup.

As-tu des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et que tu souhaites rajouter ?

Oui c'est important, l'environnement ne serait-ce qu'au niveau du placement que la disposition des tables. Par rapport à la participation sociale, ça va avoir un impact, ça va engendrer le problème. C'est qu'on ne peut pas décider de tout, notamment comme on dirait avant : la disposition des places. Quand tu arrives on va te mettre en face de monsieur un tel et toute ta vie tu vas rester là. Sur ça, nous on n'a aucun pouvoir d'action (réflexion). On pourrait en avoir un mais moi je ne me sens pas de la faire parce que je n'appartiens pas à la structure, je suis en vacation. Mais c'est un tort de ma part parce que je devrais exposer mes idées. En tout cas le placement a table c'est super important ça peut avoir un impact sur le repas, un impact énorme. On a une résidente compliquée par exemple dans un EHPAD qui a un caractère assez fort. Elle est en face de résidents qui sont un peu plus faible psychologiquement, plutôt apathique et ça peut les perturber énormément. Il y a parfois des disputes et bien sûr avoir des répercussions sur la prise des repas. Ils ne mangent plus parce qu'ils ont peur d'être jugés et ça un impact sur les liens sociaux et sur la santé. Quand des résidents voudraient discuter mais qu'il y a plusieurs mètres qui les séparent, ça devient compliqué. La dépendance a aussi un impact sur les liens

166 sociaux. Ils peuvent être verbaux mais aussi non verbaux : avec le regard, avec le sourire entre
 167 les résidents mais aussi avec les soignants.

168 **D'accord merci.**

→ Entretien 4

1 **Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?**

2 En EHPAD, ça fait 6 ans que je suis revenue en EHPAD.

3 **Vous êtes diplômée ?**

4 Oui, je suis aide-soignante.

5 **Avez-vous des formations en plus de votre formation initiale ?**

6 Oui, j'ai eu fait quelques formations. La dernière s'était la maladie psychiatrique après j'ai eu
 7 des formation éclair avec la diététicienne.

8 **Ce qui m'intéresse c'est le travail de l'ergothérapeute lorsqu'il accompagne la personne
 9 âgée au niveau de la participation sociale lors des repas.**

10 Alors nous au -1 et -2, on ne l'a pas. Je crois qu'il descend au -3 et -4. Il ne vient pas pour les
 11 temps de repas.

12 **D'accord. Si vous voulez bien, je vais quand même vous posez quelques questions.**

13 Oui bien sûr.

14 **Dans quelle mesure intervenez-vous dans l'activité repas ?**

15 On les place à table. Ensuite, on les sert et on les surveille.

16 **Participez-vous à la mise en place d'un plan à table ?**

17 On est en collaboration. On en parle souvent avec les agents ou les infirmières. On travaille en
 18 équipe. On dit cette patiente sera mieux avec celle-là. Si tu veux, il y a des patients qui mangent
 19 pas très proprement alors on les met un peu à part. Parce qu'après les autres en face s'ils sont
 20 un peu lucides, ils trouvent que voilà ça les dégoûte de manger. Ce n'est pas très agréable.

21 **Est-ce que le lien social est une notion que vous prenez en compte pendant le repas ?**

22 Un lien social, c'est-à-dire qu'est-ce que tu entends par là ?

23 **Les échanges entre les résidents ou avec vous. Est-ce que vous avez des échanges avec eux
 24 durant les repas ?**

25 Ah oui. On discute bien. Après au premier étage, ça ne discute pas beaucoup parce que bon
 26 c'est des gens qui sont... Enfin, si, il y a une table qui parle après les autres non, ils ne parlent
 27 pas. Mais au second oui, ils parlent. On a des tables qui parlent bien entre eux. Ils se
 28 connaissaient d'avant tu vois, de rentrer en EHPAD.

29 **Pouvez-vous me dire quels types de pathologies sont présentes dans votre établissement ?**

30 Aux - 3 et - 4, ils sont beaucoup plus perdus. Il y a des portes sécurisées qu'ils ne puissent pas
31 sortir. Aux -1 et -2, ils ont moins de troubles en général.

32 **Vous me dites que vous échangez avec les résidents. Vous partagez des repas avec eux ?**

33 Non. Ah si, à Noël ou le premier de l'an, on mange avec eux. Tu vois des fêtes un peu spéciales.

34 **Est-ce que vous observez des échanges entre les résidents ?**

35 Je pense à une dame au deuxième étage, elle va toujours accompagnée une autre résidente dans
36 sa chambre. Parce que l'autre, elle est un peu perdue. Alors, l'autre, elle l'accompagne toujours.
37 Elle lui met la télé. Elle lui dit il faut aller aux toilettes.

38 **Est-ce que cette personne aide aussi pendant le repas ?**

39 Non, non. Elle ne l'aide pas parce que l'autre elle se débrouille. Elles sont en face à table.

40 **Vous m'avez dit que vous n'aviez pas spécialement de collaboration avec l'ergothérapeute
41 durant les temps de repas ?**

42 Non. Nous au premier et deuxième étage, il n'y est pas. Il est au troisième ou au - 4 parce qu'ils
43 ont beaucoup de résidents à faire manger. **Donc, l'ergothérapeute aide à la prise des repas
44 ou il intervient plutôt pour des questions d'organisation ou à la suite de demandes.** Je crois
45 que c'est plus pour l'aide au repas.

46 **Est-ce que vous voyez des intérêts à une intervention de l'ergothérapeute sur votre étage ?**

47 Je crois que ce serait bien mais je pense à un monsieur au second. Il le prend en ergo pour une
48 évaluation de la toilette. Mais si tu veux, il en n'a pas envie ce monsieur. Alors, quand il le voit
49 il commence à souffler. Il préfère qu'on le lui face. Tu sais nous on a des personnes âgées qui
50 préfèrent qu'on le leur face. Ce n'est pas comme en rééducation.

51 **Est-ce que pendant les temps de repas ça aussi vous le voyez ?**

52 S'il ne mange pas tout seul, on le leur fait. En général, il y en a beaucoup qui mange seul. Plus
53 ou moins propre. Là ce n'est pas pareil, pour manger, ils ont plus de volonté. **Je pensais que
54 peut-être c'est un moment de plaisir plus que le temps de la toilette.** Oui ça se pourrait.

55 **Est-ce que la motivation est un élément déclencheur de la prise du repas ?**

56 Oui parce qu'il a des gens, il faut les motiver. Je pense à une dame au deuxième, elle mange
57 très bien même proprement. Il faut toujours lui dire aller manger un petit peu. « Oh mais je n'ai
58 pas faim ». Alors je lui : « mais votre fille, elle n'est pas contente quand vous ne mangez pas. ».
59 Elle me répond : « Oh, mais ma fille je m'en fout. ».

60 **Avez-vous des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et
61 que vous souhaitez ajouter ? Peut-être une situation qui vous vient à l'esprit à la suite de
62 mes questions ?**

- 63 Non, je ne vois pas.
 64 **D'accord. Je vous remercie.**

→ Entretien 5

- 1 **Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?**
 2 Depuis 3/4 ans.
 3 **Etes-vous diplômée ?**
 4 Oui, je le suis.
 5 **Avez-vous suivi des formations en plus de votre formation initiale ?**
 6 Au niveau de l'hôpital, j'ai eu une formation Alzheimer.
 7 **J'ai eu une discussion avec une de vos collègues. A quel étage travaillez-vous ?**
 8 Moi, je suis au -1 et au -2.
 9 **Quelle population ?**
 10 C'est un peu mitigé : quelques autonomes et des personnes dépendantes. On a vingt personnes
 11 par étage.
 12 **Participez-vous au repas ?**
 13 Oui. Alors nous on fait deux services, un service en chambre pour les personnes qui restent au
 14 lit. On les installe et on les fait manger pour certains, d'autres mangent en autonomie. Le
 15 deuxième service est en salle à manger en collaboration avec l'agent qui nous aide à servir les
 16 repas. Il y a toujours quelqu'un à la salle à manger qui sert et qui aide certains à manger. Pour
 17 d'autres, on aide à couper la viande ou à éplucher les oranges par exemple.
 18 **Est-ce que le lien social est une notion que vous prenez en compte pendant le repas ?**
 19 Oui quand même un peu, surtout entre nous et le résident. Avec les autres résidents, on fait
 20 attention qu'à la table tout se passe bien. Parfois, on lance des sujets des discussions mais
 21 parfois, on n'a pas de retour... On essaie vraiment d'être présent à chaque table et avec chaque
 22 résident.
 23 **Avec les personnes âgées qui mangent dans leur chambre, est-ce que cette notion est**
 24 **également prise en compte ?**
 25 Un peu moins. Pour ceux qu'on fait manger, on peut leur parler mais c'est souvent des
 26 personnes qui ne peuvent pas nous répondre. Pour les autres, les autonomes, on leur apporte
 27 simplement leur plateau parce que souvent s'ils sont dans leur chambre, c'est qu'ils sont
 28 fatigués. **Est-ce que vous intervenez par rapport au plan de table ?** On travaille en équipe,
 29 on regarde comment ça se passe surtout quand un nouveau résident arrive. On voit si ça se passe

30 bien à la table sinon on va essayer de le changer de table pour voir comment ça se passe avec
 31 d'autres personnes. On fait attention au plan de table au moins, ils s'entendent bien « sur » la
 32 table.

33 **Est-ce que vous collaborez avec l'ergothérapeute pour ce temps de repas ?**

34 Oui habituellement, on collabore. Là en ce moment, notre étage est un peu plus autonome que
 35 les étages -3 et -4 où il intervient plus durant les repas. Mais si on a besoin de quelque chose,
 36 on l'appelle et il vient. On l'appelle pour quelqu'un qui est en difficulté pour manger, s'il peut
 37 lui envisager une aide. **Je travaille sur le fonctionnement de cette collaboration alors c'est**
 38 **à la suite de vos observations qu'il intervient. Oui.**

39 **Ces observations sont transmises à l'ergothérapeute de quelle manière ?**

40 On voit en équipe si quelqu'un a une idée et si vraiment on coince, on appelle l'ergothérapeute.
 41 On traite souvent par téléphone ou par l'outil informatique par la suite. Dans un premier temps,
 42 on passe au coup de fil. Les transmissions sont pour faire un suivi entre toutes les équipes autant
 43 pour les équipes soignantes, que l'ergothérapeute ou le médecin. Qu'il y ait une traçabilité entre
 44 tous les intervenants.

45 **Avez-vous des rencontres entre les professionnels où vous pouvez parler du repas avec**
 46 **l'ergothérapeute ?**

47 Oui, tous les lundis, on a une réunion d'équipe où l'ergothérapeute intervient. On ne parle pas
 48 seulement des repas mais la prise en charge globale. Là on échange sur chaque personne.

49 **Il n'y a pas de protocole durant le repas par rapport à l'ergothérapeute ?**

50 Non, l'ergothérapeute en ce moment intervient plus au niveau des toilettes qu'à la prise du
 51 repas.

52 **Par rapport à votre expérience, au niveau des compétences de chacun, vous diriez que**
 53 **c'est un chevauchement, une transmission ou une complémentarité ?**

54 Je vois ça comme un plus, l'ergothérapeute a toujours des solutions auxquelles nous, on ne
 55 pense pas. En EHPAD, c'est moins évident à adapter puisque les capacités des personnes âgées
 56 diminuent. Mais c'est un lien, parfois on a besoin d'aide et il vient à notre aide. Je dirais que
 57 c'est une aide complémentaire.

58 **Est-ce que vous voyez des avantages ou des obstacles à cette collaboration ?**

59 Je ne vois que des avantages. Il nous prend en charge des personnes. Par exemple, au niveau
 60 des toilettes puisqu'il intervient plus dans ce domaine, il voit les points sur lesquels le patient
 61 peut évoluer et qu'on va lui laisser faire seul. Mais pendant le repas, on n'est pas trop confronté
 62 à cette situation, donc ce n'est pas évident de vous répondre.

63 **Avez-vous des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et**
 64 **que vous souhaitez ajouter ? Peut-être une situation qui vous vient à l'esprit à la suite de**
 65 **mes questions ?**

66 Non, pas dans l'immédiat.

67 **D'accord. Je vous remercie.**

→ Entretien 6

1 **Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?**

2 Dans cet EHPAD depuis 6 ans et 3 ans dans un autre.

3 **Avez-vous suivi des formations en plus de votre formation initiale ?**

4 J'ai eu plusieurs formations comme la formation hygiène et des formations données par
 5 l'établissement sur des procédures par exemple.

6 **Comment de temps est présent l'ergothérapeute dans votre structure ?**

7 L'ergothérapeute, il est à plein temps.

8 **Pouvez-vous décrire l'établissement où vous travaillez ?**

9 On a environ 80 résidents et une unité fermée est au 1^{er} étage pour 17 personnes âgées.

10 **Participez-vous à l'activité repas ? Dans quelle mesure intervenez-vous dans l'activité**
 11 **repas ?**

12 Oui, j'y participe. On a quatre services : les repas en chambres, la salle pour les personnes qui
 13 ont besoin d'aide pour manger et qui sont faibles. Il faut les surveiller. Et la dernière salle est
 14 la salle de restaurant, la principale. C'est là où sont tous les résidents.

15 **Est-ce que le lien social est une notion à laquelle vous êtes attentif durant le repas ?**

16 En haut, on ne s'en occupe pas spécialement. En bas, on a essayé de faire un plan de table qui
 17 permet des échanges peut-être avec les gens qui sont dans les chambres d'à côté ou le même
 18 niveau d'autonomie ou là où veulent aller les personnes. Parfois des gens veulent s'asseoir autre
 19 part parce que des conversations leur plaisent pas. On écoute ce qu'ils nous disent et en même
 20 temps on regarde aussi au niveau cognitif, leur façon de manger pour que tout le monde soit
 21 bien, qu'ils partagent un bon moment.

22 **Quel intérêt y voyez-vous ?**

23 Bien c'est sûr que c'est pour favoriser la convivial, prendre du plaisir à ce moment-là. Que ce
 24 ne soit pas quelque chose de mécanique, « à cette heure-là, on descend pour manger ». C'est un
 25 moment qui est répétitif mais c'est un moment qui permet aux résidents qui restent dans leur
 26 chambre de descendre et donc ce moment là où ils ont le plus d'échanges dans la journée. C'est

parfois leurs seuls échanges de la journée. Pour certaines demandes, avoir plus d'eau. A ce moment-là, ils expriment ce qu'ils veulent. Ils sont dans l'initiative.

Collaborez-vous avec les ergothérapeutes lors de l'activité repas ? Comment s'organise cette collaboration avec l'ergothérapeute au quotidien ?

Oui, on collabore oui. On peut avoir des échanges avant et il peut aussi venir pendant le repas. Cette collaboration commence par des observations de notre part. Il peut y avoir un problème avec un résident. Il peut y avoir beaucoup de raisons. Après soit on l'appelle par téléphone, soit après on met une transmission ou alors même pendant la réunion parce qu'on a une réunion après le repas de midi où tous les AS et l'ergothérapeute sont là. Et à ce moment-là, on peut faire des remarques ou lui poser des questions. Après soit il vient voir soit il nous propose d'essayer quelque chose. Ensuite, on met en transmission soit pour faire un suivi de ce qui a été mis en place soit pour les autres équipes pour noter ce qui à changer.

Quels sont les avantages et les obstacles de la collaboration avec les ergothérapeutes ?

Les avantages. Alors c'est vrai que comme il est à temps plein, on peut l'appeler plusieurs fois, on peut aussi ajuster et le lendemain si ça ne va pas ou même après le repas. Inconvénient, je n'en vois pas. Après c'est un partage de point vu donc peut-être qu'il y a des choses techniques que l'on ne voit pas. Chacun a ses compétences. Sur un problème commun finalement, on arrive à trouver une situation grâce à toutes ces compétences

Lors des interventions, l'ergothérapeute apporte-t-il des conseils pour favoriser le lien social des résidents lors du repas ? Lesquels ?

Parfois, pour le plan a table qu'on parlait tout à l'heure, on le travaille en équipe donc parfois il donne ses observations ou son avis. Je ne sais pas si ça compte mais durant les activités proposées par l'ergothérapeute. On fait des préparations de gâteau par exemple et après on le goute ensemble. A ce moment-là, on la prépare ensemble et on échange.

Avez-vous des remarques complémentaires ou éléments que nous n'avons pas abordés et que vous souhaitez ajouter ?

A leur arrivée en EHPAD, on a un questionnaire rempli par le résident et sa famille. Une question est sur le choix et les goûts des résidents et c'est sûr que ça a un impact sur le repas. S'ils aiment ou pas.

D'accord. Je vous remercie.

6.9 Le tableau récapitulatif

Contexte	Rencontres et questionnements lors de notre travail estival dans un EHPAD Faire avancer notre pratique professionnelle
Thème général	La participation sociale des personnes âgées en institution
Utilité sociale	Vieillessement de la population mondiale : problème de santé publique Vieillessement en bonne santé (textes, plan et lois)
Intérêt et enjeux pour la pratique professionnelle	Etudier les bouleversements dus à l'entrée en institution Développer la prise en soin de la participation sociale des personnes âgées Améliorer la qualité de vie des résidents
Questionnement de départ	Quelle est l'influence de la participation sociale sur la personne âgée ? Comment la participation sociale en institution est-elle modifiée ? Quelle place à l'ergothérapeute lors de la prise en soin au niveau de la participation sociale ?
Problématique pratique	Comment la collaboration entre l'ergothérapeute et les aides-soignants permet-elle de favoriser la participation sociale durant les temps de repas des personnes âgées résidant en EHPAD depuis moins de six mois ?
Cadre théorique	La participation sociale La collaboration et la coopération L'activité
Question de recherche	Par quels moyens la collaboration entre l'ergothérapeute et les aides-soignants permet-elle de favoriser la participation sociale durant les temps de repas des personnes âgées résidant en EHPAD depuis moins de six mois ?
Objet de recherche	Etude clinique de la collaboration entre l'ergothérapeute et les aides-soignants lors de la prise en soin de la participation sociale durant les temps de repas des personnes âgées résidant en EHPAD depuis moins de six mois

Résumé et mots clés

Depuis de nombreuses années, nous assistons à un vieillissement progressif de la population. De fait, l'entrée en institution est de plus en plus fréquente et modifie les habitudes de vie et les rôles sociaux des personnes âgées. La participation sociale est un élément qui participe à l'amélioration de leur qualité de vie. Les premiers résultats des pré-enquêtes ont mis en évidence que les temps de repas semblent être propices à la vie sociale. La collaboration entre les aides-soignants et les ergothérapeutes permet de développer la participation sociale des résidents. La méthode de recherche clinique, en s'appuyant sur des entretiens avec les différents personnels concernés, permettra d'apporter des éléments pour tenter de répondre à la problématique suivante : **par quels moyens cette collaboration permet-elle de favoriser la participation sociale durant les temps de repas des personnes âgées résidant en EHPAD depuis moins de six mois**. La communication mais également la connaissance interprofessionnelle facilitent, notamment, cette collaboration et impacte positivement la participation sociale des personnes âgées. Toutefois, des limites ont été évoquées telles que le temps présence de l'ergothérapeute dans l'établissement.

Ergothérapeute – Participation sociale – Personnes âgées – EHPAD – Collaboration interprofessionnelle – Aide-soignant – Activité repas – Méthode clinique

Abstract and key words

Since many years, we observe an aging of the population. In fact, admission in institution is becoming more frequent. She changes the lifestyle and social roles of the elderly. Social participation is an element that improves their quality of life. The first results of pre-surveys showed that meal times seem to be positive to social life. Collaboration between nursing auxiliary and occupational therapist helps develop residents' social participation. The clinical research method, based on interviews with different professionals involved, will help to answer the following problem. **How did this collaboration encourage social participation during meal times of elderly residing in nursing home less than six months?** Communication and interprofessional knowledge facilitate this collaboration and impact positively the elderly's social participation. However, limitations have been mentioned such as the time spent in institution by the occupational therapist.

Occupational therapist – Social participation – Elderly persons – Nursing home – Interprofessional collaboration – Nursing auxiliary – Activity meal – Clinical method