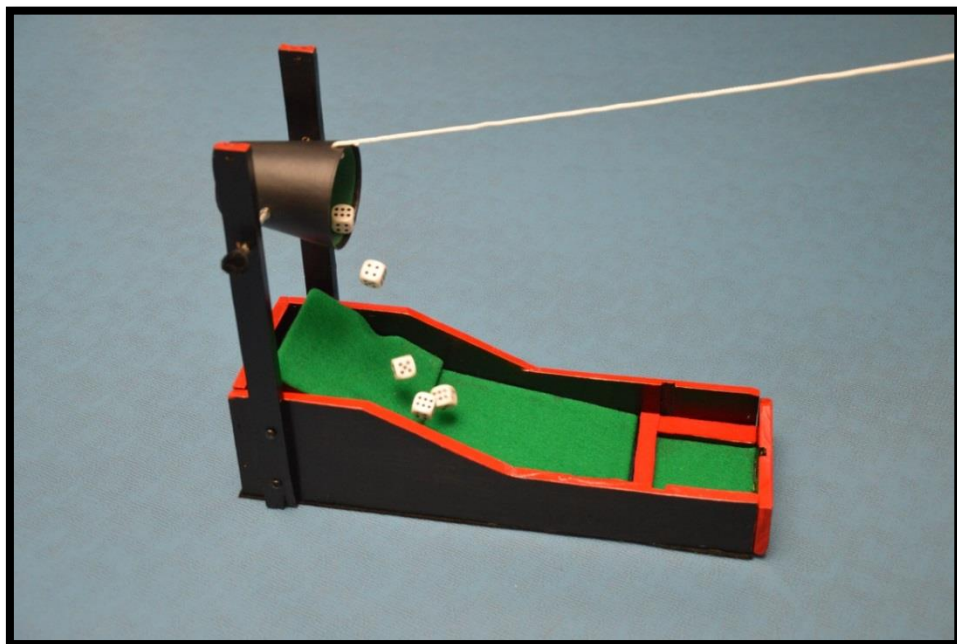


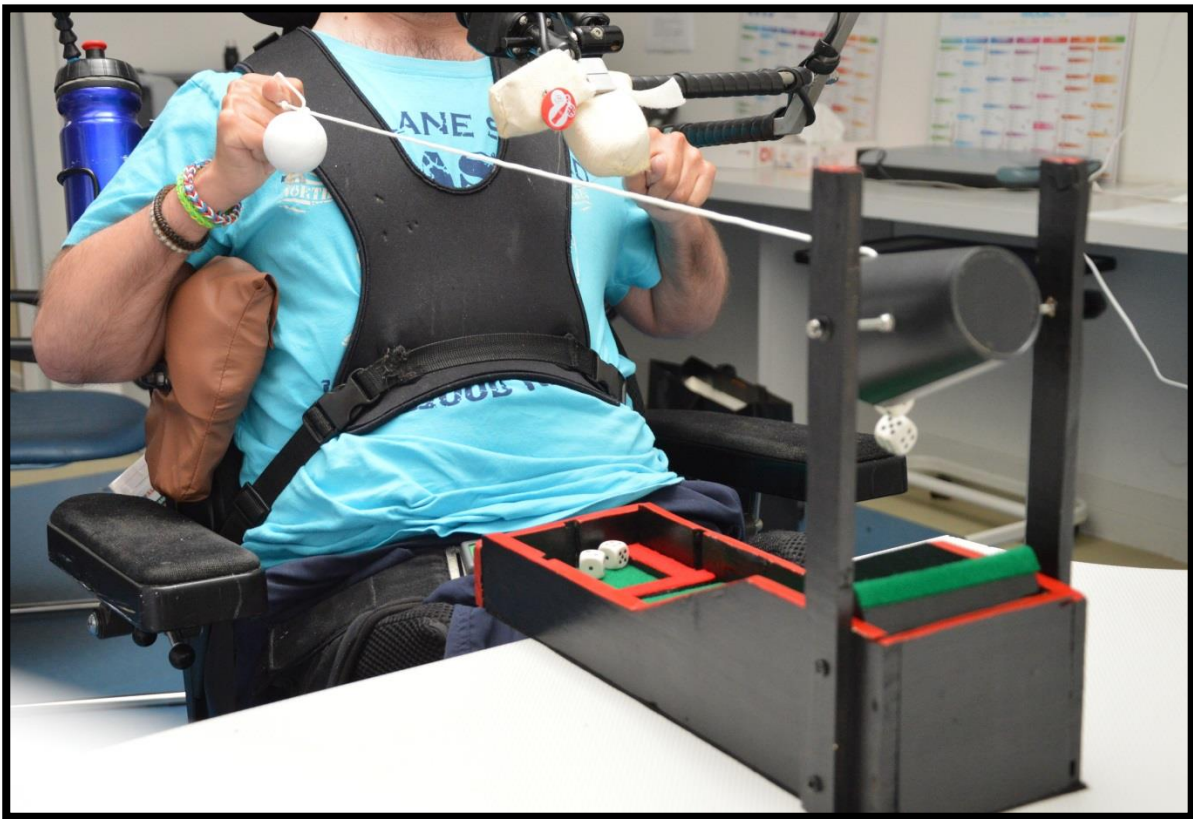
SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Photos du « toboggan à dés ».....	I
Annexe II : La Classification Internationale des Handicaps selon le modèle de WOOD	III
Annexe III : Le Processus de Production du Handicap	IV
Annexe IV : Classification Internationale du Fonctionnement	V
Annexe V : Guide d'entretien	VI
Annexe VI : Retranscription d'un entretien.....	VIII
Annexe VII : Tableau d'analyse des entretiens.....	XVIII

Annexe I : Photos du « toboggan à dés »



Photos de présentation du toboggan à dés



Photos de l'utilisation du toboggan à dés avec des patients

Annexe II : La Classification Internationale des Handicaps selon le modèle de WOOD

Schéma extrait de JAMET F., *De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)*, La nouvelle revue de l'AIS, n°22, 2^{ème} trimestre 2003, p. 164.

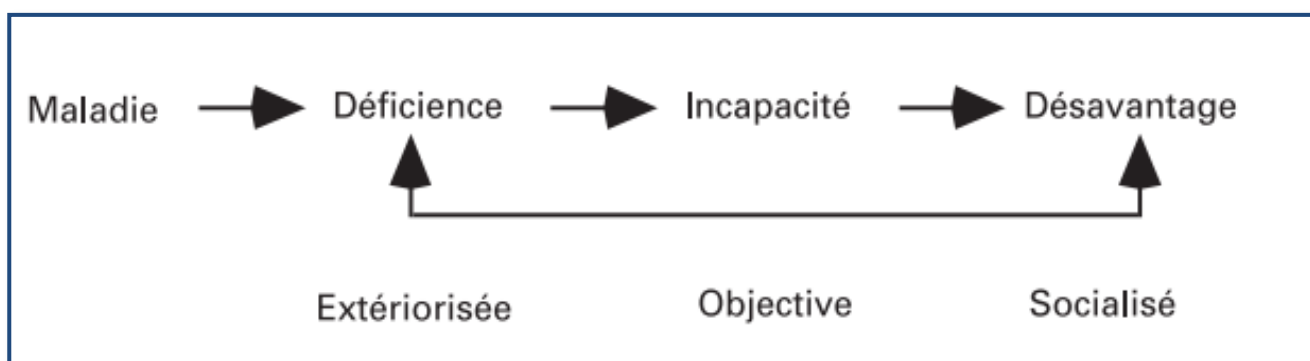


Fig 1. Handicap selon la Classification Internationale des Handicaps.

Annexe III : Le Processus de Production du Handicap

Schéma extrait de FOUGEYROLLAS P., *Synthèse de la conférence prononcée lors de la journée d'étude organisée par l'ANDESI, le 15 juin 2005*, « la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », p.5.

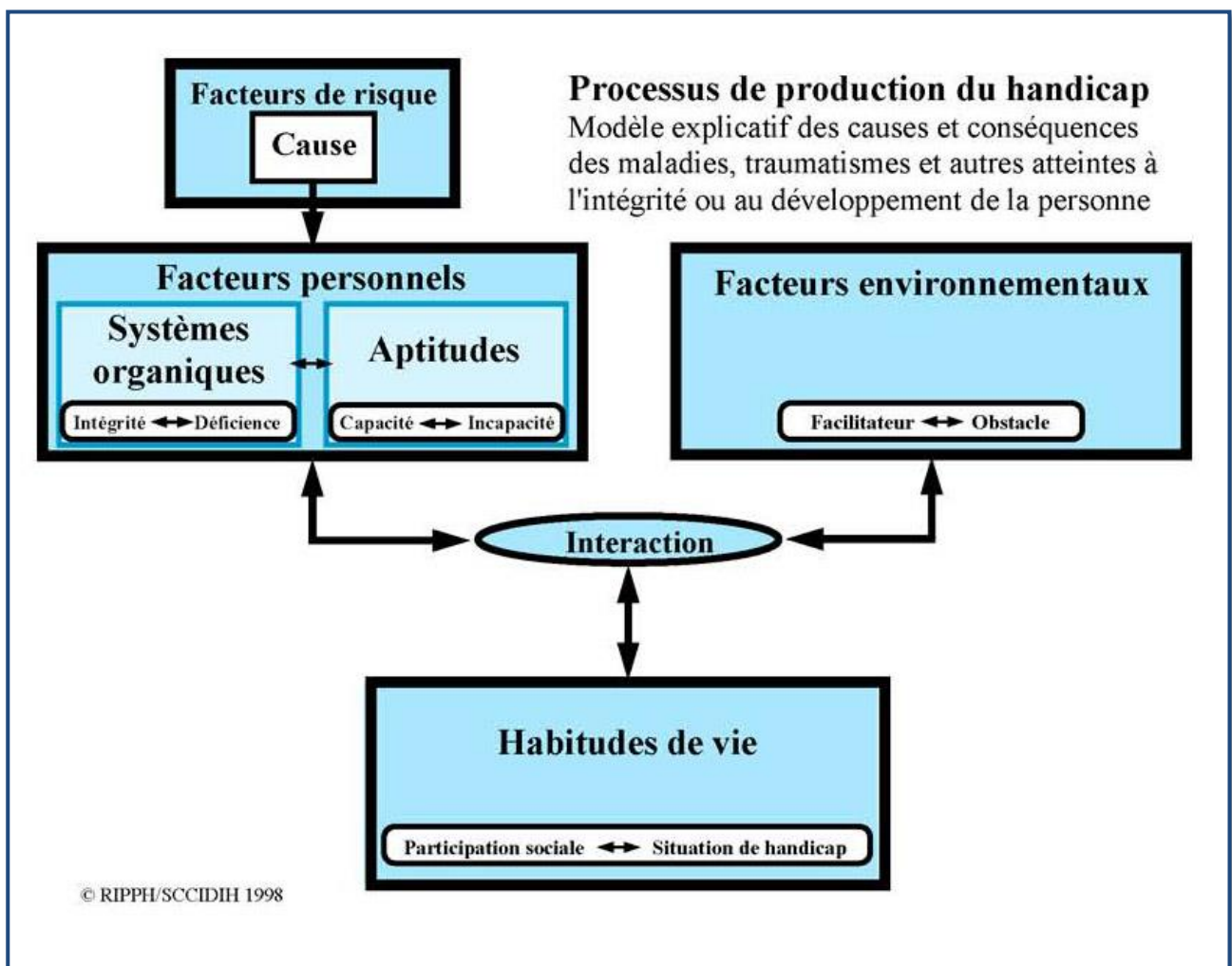


Fig 2. Le Processus de production du handicap : modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne (Fougeyrollas et al. 1998).

Annexe IV : Classification Internationale du Fonctionnement

Schéma extrait de JAMET F., *De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)*, la nouvelle revue de l'AIS, n°22, 2^{ème} trimestre 2003, p. 169.

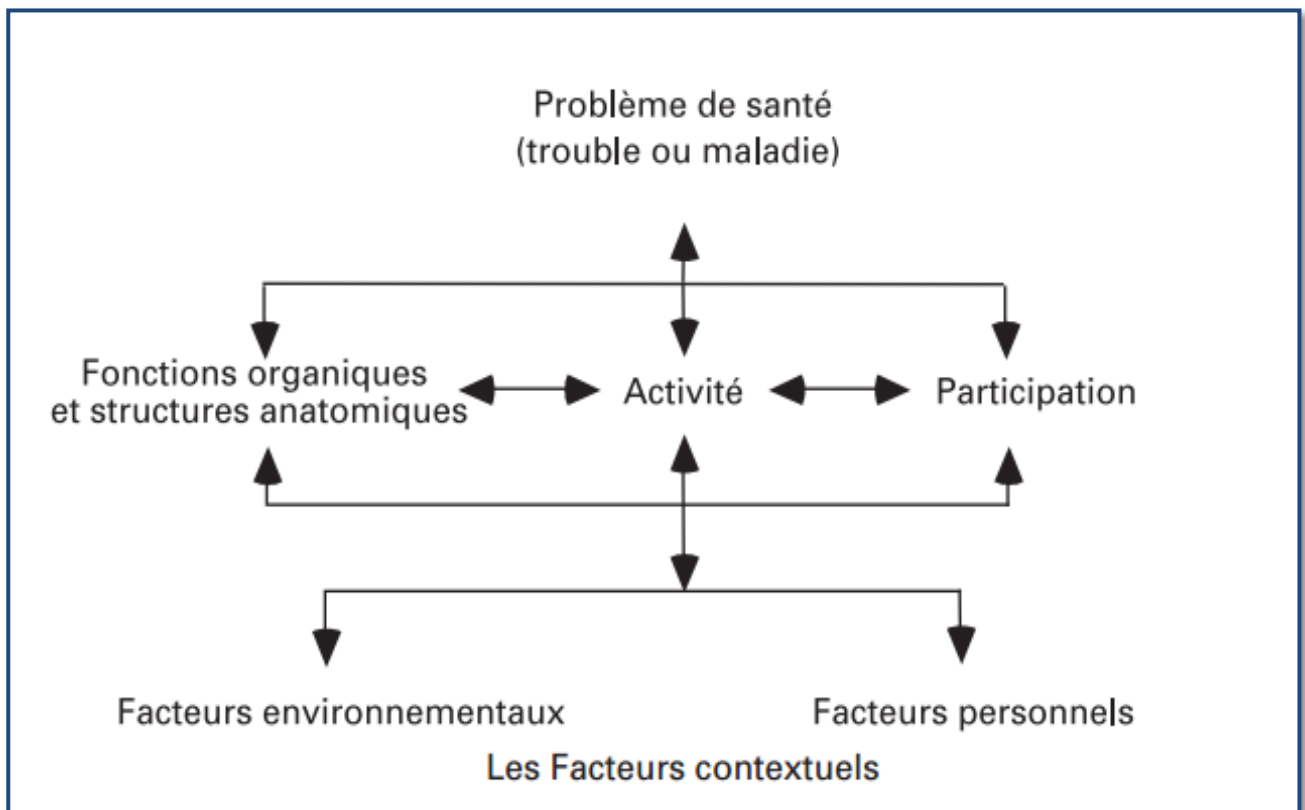


Fig 3. Représentation du modèle du handicap au travers de la Classification Internationale du Fonctionnement (OMS, 2001).

Annexe V : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Pauline BETTINGER, je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie, à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nancy. Je vous remercie de m'accorder du temps pour cet entretien. Dans mon mémoire de fin d'études, j'étudie les concepts de norme et de créativité. Je me pose la question de savoir si : « *l'évolution des normes influence la pratique des ergothérapeutes et si elle a un impact sur leur créativité ?* ».

Comme je vous l'ai préalablement précisé dans mon mail, m'autorisez-vous toujours à enregistrer la conversation ?

Cela me permettra, par la suite, de retravailler cet entretien afin de l'analyser plus en détails. Je vous rappelle aussi que je suis soumise au secret professionnel et que tous les propos évoqués dans cette conversation seront strictement confidentiels. Dans mon mémoire je respecte un total anonymat.

Si vous le voulez bien, nous allons donc commencer.

I. **Les activités manuelles :**

- A. Avant, les ergothérapeutes étaient beaucoup plus manuels (beaucoup plus d'activités artisanales etc...). De façon générale, que pensez-vous de l'évolution du métier ces dernières années ?
- B. Utilisez-vous des activités manuelles dans votre pratique ?
 - i. Lesquelles ?
 - ii. Comment ? (*apprentissage, techniques utilisées...*)
 - a. De façon technique (dans le but de construire)
 - b. De façon créative (dans le but de créer)

II. **La créativité :**

- A. Pensez-vous que l'ergothérapeute a besoin de faire preuve de créativité dans l'exercice de sa profession ?
 - i. Pourquoi ?
- B. Comment s'inscrit votre créativité dans votre pratique ?
 - i. A quels moments ?
 - ii. Dans quelles pratiques ?

III. **Les normes :**

- A. Est-ce que l'évolution des normes vous gêne dans votre pratique ?
 - i. Si oui, à quel(s) niveau(x) ?
- B. Est-ce qu'il y a des choses que vous ne pouvez pas faire à cause de certaines normes ?
 - i. Lesquelles ?

IV. **Ouverture**

- A. Quel avenir imaginez-vous pour la profession ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé pour cet entretien, ainsi que pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

Annexe VI : Retranscription d'un entretien

- **Sont indiqués en gras les propos de l'enquêteur.**
- Sont indiqués en police standard les propos de l'ergothérapeute.

N.B : les propos sont retranscrits mot pour mot et n'ont pas été modifiés.

Je m'appelle *****, je suis ergothérapeute à la Maison d'Accueil Spécialisée de ***** au FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), PHV (Personnes Handicapées Vieillissantes) et un peu au FAS (Foyer d'Accueil Spécialisé).

Ma première question portera sur la notion de travaux manuels. Avant les ergothérapeutes étaient plus créatifs, au sens manuel, dans leurs activités, ils utilisaient la menuiserie etc... que pensez-vous de l'évolution du métier d'ergothérapeute ces dernières années ?

D'une manière générale ?

Oui de façon générale.

Moi je suis très rétro je crois, parce que quand j'ai bossé en rééducation j'ai fait marche arrière et j'ai ressorti le macramé. Là à la MAS, je fais très peu d'activités manuelles. Mais dans les ateliers cognitifs j'essaie de me rapprocher de quelque chose de concret. C'est-à-dire qu'on va partir sur un jeu, mais pas pour faire un jeu. Par exemple on va jouer au Memory[®] avec une personne qui a une mobilité aux membres supérieurs un peu déficitaire. Et bien, je vais mettre pleins de cartes et les éparpiller sur la table, comme ça elle va être obligée de se pencher en avant, d'aller chercher la pièce et du coup elle n'imaginera même pas l'exercice et je vais tricher comme ça parce que faire des cônes juste pour faire des cônes ce n'est pas mon truc. Je trouve ça intéressant d'un point de vu moteur etc. mais en ergothérapie on a tellement plus à apporter, apporter du fun et du concret et du coup en l'utilisant dans une activité quelle qu'elle soit, ça sera plus facile à retranscrire dans le quotidien que juste des cônes.

En revanche en rééducation, la personne va sûrement faire confiance aux cônes alors qu'elle ne fera pas forcément confiance à ses pinces à linge chez elle, alors qu'elles étaient à la même hauteur que les cônes en salle d'ergothérapie. Si par contre du coup je vais faire un tableau avec la météo, on va le faire à la même hauteur que le fil à linge, pour que l'on puisse dire à la personne « *vous voyez c'est à la même hauteur que votre fil à linge chez vous...* ». Ça sera plus concret et de la même efficacité.

Est-ce que du coup, vous utilisez des activités manuelles dans votre pratique à la MAS ?

Comme je le disais, très peu. Je travaille avec un public polyhandicapé, du coup en activités manuelles on a beaucoup d'intervenants extérieurs qui viennent et qui utilisent ces activités : comme la peinture, des collages etc. et de ce fait cela m'est déjà arrivée d'aller voir comment les patients se débrouillaient dans ces activités, pour aussi y apporter ma « *patte ergo* », sur quel pinceau utiliser, comment le placer. Mais je ne propose pas moi-même d'activités manuelles.

A part à une époque où j'ai fait de la cuisine thérapeutique et où on faisait participer les résidents à hauteur de leurs capacités pour couper, éplucher etc. donc ça oui ça peut être considéré comme une activité manuelle, pas du tout artistique mais activité manuelle.

Ici la créativité serait plutôt à visée de production qu'à visée artistique. Après en cuisine il peut y avoir les deux au final !

Oui, après au niveau ergo, si j'avais pas la population que j'avais, avec des patients qui auraient des capacités motrices plus aisées ou si les patients que j'avais envie de toucher par cette activité étaient ceux qui avaient de meilleures capacités, on pourrait très bien acheter un petit truc pour faire des carottes en ressort et décorer une assiette de crudités avec des carottes à ressort et là on serait sur de la créativité, presque sur de l'art plastique et sur le côté gustatif « *qui a envie d'être mangé* » et là du coup on est sur quelque chose de sympa, de manuel et on a toujours pas touché à un seul cône !

Pour vous ça serait le type de population de patient qui définirait si on peut utiliser des activités manuelles ou pas ?

Je pense que là c'est plus les besoins par rapport aux intervenants extérieurs. On a vraiment beaucoup d'intervenants extérieurs et du coup je ne me suis pas glissée là-dedans et j'ai préféré plus faire de la culture générale et travailler les fonctions supérieures.

On n'a pas d'orthophoniste, on a des kinésithérapeutes qui sont sensationnelles, mais elles ont beaucoup de travail au niveau de la kiné respiratoire, mobilisation passive et tout ça... Du coup c'est plus une histoire d'équipe, qui fait que je n'ai pas ressorti trop d'activités manuelles.

Est-ce que vous pensez que l'ergothérapeute dans sa pratique a besoin de créativité de façon générale ?

Forcément ! C'est un peu la patte des ergothérapeutes à mon sens à moi !

C'est un peu juste ce qui fait le fait qu'on soit ergothérapeute, c'est que du coup on est face à un problème et il faut qu'on invente, surtout si ça n'existe pas encore et s'il n'y a pas un autre ergothérapeute qui a trouvé la solution avant nous, quelque chose pour que ça marche.

C'est à dire que quand on a des pathologies relativement « standards » on va dire, une « bête hémiplégie » une personne qui a des fonctions supérieures correctes, du coup oui on va ressortir les lacets élastiques, on va ressortir toute la panoplie des trucs à une main (le tapis antidérapant, le truc pour que la casserole ne tourne pas etc.). C'est assez standard, le couteau-fourchette, le couteau à une main, on va ressortir toute la panoplie des standards. Quand on a une personne qui est hémiplégique et qui en plus est aveugle et qui a l'autre main qui n'est pas très fonctionnelle et ben là il va falloir inventer quelque chose pour qu'il puisse manger tout seul. Et c'est ni dans les cours, ni dans les catalogues, ni dans rien et du coup des fois c'est de la fabrication maison. On fait beaucoup de fabrication maison surtout au niveau des contacteurs notamment parce qu'on a des personnes qui ont des rétractions, des schèmes en extensions, des chandeliers et des choses complexes et du coup même pour appuyer sur un bouton on est obligé de fabriquer un bouton spécial, parce que le bouton spécial qui lui faudrait lui dans son lit n'existe pas encore. Parce que lui si on n'a pas cette créativité-là, en tout cas en MAS c'est sûr, voilà.... Si, on fait du positionnement, des sièges moulés.... et voilà, on s'ennuierait ferme !

Alors que si on a un peu de créativité on arriverait à faire plein de choses. Je pense vraiment que c'est juste nécessaire et indispensable.

Même sur le niveau cognitif, si on reste dans la créativité au niveau cognitif. Par exemple dans le journal des résidents il faut être créatif, il faut aller les chercher. On a déjà tous nos sujets etc. et de ce fait, ce qu'on va faire, c'est inventer un jeu. On va inventer un jeu pour mettre dans le journal « vous allez me donner une liste de légumes et vous allez me donner un intrus qui n'a rien à voir »

et finalement on se rend compte que l'intrus est super difficile à trouver et là on se dit « oh ben tiens c'est un super exercice ça et on va le faire de temps en temps ! ». Tout cela c'est de la créativité sans même rien toucher.

Comme quoi la créativité ne se limite pas qu'à la construction d'aides techniques mais elle est présente aussi dans la façon d'être avec les patients, de faire au cas par cas....

Oui par exemple pour redonner envie de manger, pour redonner la capacité ou l'envie de lire, du coup essayer d'aller chercher une tablette, un jeu, pour redonner la possibilité de....

Pour tout ça il faut être créatif et il faut se tenir au courant de ce qui existe, dans ce que les autres ont fabriqué. Par exemples des nouveaux moyens de conduire un fauteuil roulant électrique et ça du coup on peut s'en inspirer. On peut par exemple rajouter un contacteur au pied sur une commande occipitale, pourquoi pas ! Allez hop on y va, il faut qu'on essaye et si ça fonctionne tant mieux ! Et il faut avoir au moins une idée de départ pour pouvoir essayer quelque chose. Mais tant qu'on n'a pas essayé on ne peut pas imaginer si oui ou non ça va marcher. Ce n'est pas possible.

C'est une expérience !

Oui c'est ça, c'est de l'expérience ! Des fois ça marche et des fois ça ne marche pas. Et du coup dans cette créativité là il faut aussi trouver des idées à essayer sans trop mettre en échec la personne, parce que sinon elle va être complètement réfractaire aux idées suivantes ! Donc il faut tricher un petit peu en disant « ah ben tiens, j'ai un nouveau truc et il me faudrait des cobayes pour essayer » et bizarrement c'est beaucoup plus facile de trouver des « cobayes pour essayer un appareil » parce que du coup c'est l'appareil que l'on va mettre en échec et pas la personne. Et tout ça c'est des petits trucs où il va falloir aller creuser dans sa cervelle et à mon sens ça aussi c'est de la créativité.

Parce qu'en plus vous êtes jeunes, du coup vous êtes plutôt dans la génération des bilans validés, des choses plus normées que la construction manuelle. Vous pensez que ces deux choses sont complémentaires ou incompatibles ?

Il faut savoir utiliser ce qui est normé pour ne rien oublier !

Par exemple, si j'ai besoin de faire un bilan complet d'une personne j'utilise la MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle). Je prends les items de la MIF et je rajoute les chaussures orthopédiques, les déplacements au fauteuil, je rajoute les ordinateurs, les loisirs... Je rajoute des

items qui n'y sont pas forcément ou que je développe un peu plus et je ne prends surtout pas leur cotation parce que sinon ils ont tous 1 ! Soyons clairs !

Et une fois que j'ai pris tous mes items et ben je blablate entre les lignes et je ne donne pas de notes parce que voilà c'est des personnes polyhandicapées donc ça sert à rien qu'ils aient tous un score très bas, ça ne sert à rien. De toute façon c'est du polyhandicap, on a des évolutions que avec le vieillissement donc la dégradation ou que avec les maladies dégénératives ou alors avec le sur ajout d'une autre pathologie qui n'existait pas avant. Voilà par exemple une personne qui a la sclérose en plaques et qui déclare par la suite un Alzheimer !

Voilà donc ça c'est des choses, oui mêmes si on cotait ça ne voudrait rien dire, parce que cette personne un jour elle mange toute seule et du jour au lendemain elle ne mange plus toute seule. Ça ne sert à rien d'avoir une note, on voit de toute façon qu'il y a une évolution de la personne, elle perd. Elle ne monte plus les escaliers alors qu'avant elle le faisait. On a des items concrets, c'est plus facile à se rendre compte qu'une note, 25%, 50%, la chaussette gauche c'est limite on va mettre 25%. Concrètement ça n'apporte rien dans la pratique en MAS et c'est plus important d'un point de vue pratico-pratique de savoir si oui ou non elle arrive à mettre sa chaussette gauche que combien de pour-cent on lui donne. On est là sur un lieu de vie, on leur donne de l'autonomie et de l'indépendance, on n'est pas du tout dans une optique de « ben ils faut qu'ils sortent le plus autonome possible ! », vu qu'ils ne sortiront pas ou s'il y en a un qui sort et ben c'est une fois tous les 20 ans, parce que derrière on a pas les solutions et dans la MAS où je travaille il a été fait le choix de prendre des personnes vraiment déficitaires, lourdement handicapées. Donc oui il y a déjà eu des sorties pour des appartements individuels etc. mais dans la configuration dans laquelle nous sommes, en ce moment, pour aucun on est sur des retours à domicile.

Dans ces cas-là les bilans ne sont pas adaptés ?

Pas du tout adaptés ! Un MMS (Mini-Mental State) chez une personne qui n'a jamais acquis la lecture, qui a des gros problèmes de strabisme et d'exploration visuelle, qui ne gère pas les chiffres et qui n'a jamais su quel jour on était et ben le score de MMS va être déficitaire et on va se dire « tient elle déclare un Alzheimer ! » alors que non non, la personne est juste comme ça de base. Les bilans peuvent servir, mais les scores étant déjà à la base assez bas, on ne peut pas vraiment voir de progression, on n'a pas assez de points au départ pour voir sensiblement combien la personne en a perdu. Ce n'est pas assez sensible et en même temps il faudrait un bilan par personne pour pouvoir avoir quelque chose de suffisamment sensible et de ciblé.

Je travaille avec une neuropsychologue, qui travaille à temps plein à la MAS et au début elle est arrivée avec toute sa batterie de bilans validés et oui elle les fait passer mais elle ne prend en compte les résultats que dans des conclusions qui disent « *il vaut mieux parler lentement, il faut faire des phrases courtes si vous voulez qu'il comprenne, faites le répéter si vous voulez comprendre, la mémoire à long terme est bonne mais comme la mémoire à court terme est déficitaire il faut répéter plusieurs fois avant qu'il enregistre* ». Et c'est plus ça qu'elle fait que de donner un score. C'est des personnes qui sont handicapées à la base et donc du coup on ne peut pas les rattacher à des normes. Des personnes qui viennent et qui ont eu un accident de vie (un AVC, une SEP etc.) oui là on pourrait faire des bilans normés. Mais pourquoi donner une note à un et pas à l'autre. Il n'y a pas d'intérêt.

Si on ne prend pas le même bilan, on donne une autre note. Et puis au final il nous faut des batteries de bilans et de tests tellement variées et chères, qu'au final on ne peut pas. Et les bilans validés, adaptés et gratuits et ben il n'y en a pas ! En tout cas moi je n'en ai pas encore trouvé.

En effet tout ce qui est validé coûte forcément un peu plus cher, est-ce que du coup cette notion de coût vous force à créer des choses ?

On a créé une fois un bilan, où on n'a même pas demandé le prix, parce qu'en fait il n'était pas validé en français. C'est le COMVOOR, c'est un bilan de communication qui normalement est adapté aux personnes autistes et qu'on s'est réapproprié. On a repris chaque item et on a essayé de reprendre le matériel au plus juste. Et on se l'est réapproprié parce qu'on l'adapte non à des personnes autistes mais à des personnes déficientes en communication parce qu'elles sont polyhandicapées. Et ce bilan là, on ne le prend pas en tant que bilan validé mais « *oui il comprend les images ou non il ne sait pas reconnaître des fourchettes identiques..* » et après dans notre appareil de communication (sur une tablette de communication, un cahier ou un tableau de communication) on saura que ça ne sert à rien de lui mettre des icônes, des images ou des pictogrammes parce qu'il ne comprendra pas. Pareil pour un planning avec des pictogrammes, ça ne sert à rien, il vaudra mieux lui dire le matin, lui préparer sa paire de chaussure ou sa bombe pour qu'il sache que l'après-midi il va à l'équithérapie et parce qu'on sait concrètement que les pictogrammes ça ne vaut pas la peine. Concrètement c'est à ça que nous sert le COMVOOR mais sur une base un peu trafiquée parce qu'il n'était pas encore validé en français.

On aurait peut-être pu le demander à l'achat, c'est possible, mais on ne l'a jamais fait comme il n'existait pas encore en français.

Il faut dire que les budgets ne sont pas extensibles non plus !

En MAS on a la chance, là où on est, on a la chance d'avoir du budget pour acheter du matériel et heureusement parce que sinon on ferait rien. Sans une téléthèse ils seraient tous encore plus dépendants.

Pour revenir à la notion de normes, sont-elles source de contraintes dans votre travail ? Comment se traduisent-elles dans votre quotidien d'ergothérapeute dans cette MAS ?

Je n'en sais rien ! On a des normes d'hygiène qui font qu'on doit nettoyer et désinfecter, on a des normes de sécurité où on va ré expliquer de temps en temps les lèves-malades etc. tout ce qui est normes de sécurité pour les ceintures de sécurité lors des transports avec les fauteuils roulants. C'est nous qui mettons les ceintures de sécurité sur les fauteuils, on utilise les nacelles du coup on ne répare jamais les nacelles on en achète des neuves parce que sinon il y a un risque. C'est plutôt ce genre de normes qui nous concernent et au final c'est plutôt peut contraignant.

Normes ou pas, on l'aurait fait quand même. Les notions d'hygiènes c'est le BA BA. Quand on a un patient ben on repasse un coup derrière parce qu'il a bavé dessus ou qu'il a mis ses mains on ne sait trop où avant. Ces normes d'hygiènes forcément on les aurait appliquées, les ceintures de sécurité sur les fauteuils forcément on les mets parce que c'est évident que sans ces ceintures ce n'est pas le fauteuil qu'on veut protéger mais bien la personne qui est dedans. Les sangles bien évidemment si elle est un peu déchirée et bien tant pis on la jette, on ne va pas réparer un truc qui casse et ce n'est pas quand la personne est en l'air au-dessus du sol qu'on va se dire qu'on n'aurait peut-être pas dû la réparer mais en racheter une autre !

Finalement, nous on est pas vraiment contraints par les normes parce que c'est comme ça. On est contraints par des normes quand le bâtiment a été fabriqué. Le fait qu'on ait qu'un seul ascenseur qui monte au 3ème étage, ben oui c'est les normes et ben c'est comme ça ! Et comme il tombe toujours en panne et ben on est embêtés. C'est plus ce genre de normes qui vont nous contraindre et au final on ne l'est pas vraiment parce qu'on est bien lotis.

J'allais repartir sur les contacteurs par exemple. Je me disais qu'on avait des contacteurs maison. Les contacteurs quand on les achète chez les revendeurs ou autres, c'est les normes CE etc... Nous ce qu'on fabrique il n'y a pas de normes CE, c'est nous qui l'avons fabriqué !

Mais du coup, les utilisez-vous quand même ?

Oui on les utilise quand même ! Parce que de toute façon on n'a pas le choix, c'est ça ou rien. Mais du coup on a l'aval de la direction, qui dit « *oui vous avez le droit de les fabriquer dans notre établissement et si il y a un souci c'est l'établissement qui prendra en charge la conséquence de la conséquence d'avoir utilisé quelque chose sans normes* », parce que en attendant et ben la personne elle va pouvoir appeler si jamais elle s'étouffe.

Donc c'est plutôt une décision de l'établissement de dire « ben oui on va les laisser utiliser un truc qui n'est pas aux normes pour éviter que la personne ne s'étouffe » donc du coup on a cette contrainte là en moins parce que l'établissement dit « *oui, allez-y, on s'engage et si il y a un problème on aura fait pour le plus grand nombre et on aura évité beaucoup plus de dégâts qu'en gardant les normes* ».

Sans l'aval de la hiérarchie, on l'avait déjà fait avant, mais nous n'étions pas rassurés s'il y avait eu un truc qui déconnait, même un contacteur qui ne fonctionne pas au moment où la personne en a besoin. On n'est jamais à l'abri ! La soudure elle casse, le fil est un petit peu dénudé et du coup la personne elle compte sur ce contacteur et nous on n'est pas là tous les soirs pour vérifier la soudure s'il essaye d'appeler. Donc forcément ça pose question, qu'est ce qu'on ferait dans les cas là ? Sauf que le matériel qui irait n'existe pas. Donc là du coup les normes nous contraignent parce qu'elles n'englobent pas ce dont on aurait besoin.

Autant que possible on a des contacteurs achetés dans le commerce, le plus possible et pour certains c'est du fait maison.

C'est comme le jeu que j'ai fabriqué chez vous, en soi il n'était pas aux normes non plus !

Pas aux normes, il n'a pas été adapté et validé. Après si ça se trouve il aurait pu être validé avec quelques adaptations. Après nous on l'a utilisé parce que si on n'utilisait pas ça ben on fermait des portes. On a fait bêtement une partie de Yam's[®] avec un groupe de personnes polyhandicapées et tétraplégiques et ça c'est quand même extraordinaire. Et ça, sans la créativité des ergothérapeutes et ben on reste à rien. Le jeu de l'oie et ben c'est nous qui lançons les dés. La personne elle n'avance pas son pion, elle n'avance pas les dés et du coup ça nous donne des personnes complètement spectatrices et qui ne font pas eux-mêmes.

On avait fabriqué, avant, avec un ventilateur d'ordinateur, une pile et une prise jack sur laquelle on branchait un contacteur, qui était aux normes celui-là. On avait fixé là-dessus une flèche et on avait

pu faire des parties de cochon qui rit. J'avais fait des puzzles avec du papier que j'avais plastifié et on avait fait des puzzles à 4 pièces qui représentaient les parties des cochons. Et du coup il y a des personnes de 40 ans, qui pour la première fois, pouvaient appuyer eux-mêmes sur un bouton et être acteur du jeu. C'était un jeu de hasard mais malgré ça la personne était quand même actrice du jeu parce que c'est elle qui avait appuyé sur le bouton. Mais on n'était pas dans les normes.

Du coup il y a t-il vraiment des choses pour lesquelles vous vous dites « si il n'y avait pas ces normes, je ferais ça... » ?

C'est des choses dangereuses ! C'est des choses où les normes elles garantissent une certaine sécurité. Mon contacteur avec une pile il ne risque pas de flamber. Il ne va pas faire brûler la boutique. Et au pire même s'il crame, je reste à côté, c'est moi qui le tiens, on est à côté donc s'il y a un problème on aurait vite fait d'agir. Et puis voilà c'est juste un bouton, on a mis un ventilateur en route et hop il s'arrête. C'est des choses qui sont contrôlées qui sont dans la salle d'ergothérapie. Mais si jamais ça avait été quelque chose pour laisser dans une chambre d'un résident alors là je ne l'aurai pas fait. Je ne l'aurai pas laissé dans la chambre d'un résident. On peut imaginer n'importe quoi mais sous surveillance stricte de moi ou de ma collègue qui l'utilise aussi et qui l'a fabriqué oui ! On l'utilise !

Et il y a quand même beaucoup de choses, dans les chambres des résidents, qu'on va aller vérifier régulièrement parce que c'est du fait maison et que ça marche mais on va vérifier.

L'autonomie du patient ou le respect stricte des normes ? Ce n'est pas toujours évident de savoir quoi privilégier.

Je pense qu'il faut respecter la sécurité et les normes des fois on n'a pas le choix. Normes c'est normal. Les résidents ici ne sont pas « normés ». Même les fauteuils spécifiquement prévus pour les personnes en situation de handicap ne collent pas, ne rentrent pas ! On a des personnes qui ne rentrent dans aucun fauteuil ! Les fauteuils sont normés et du coup on ne peut pas le rentrer dedans parce qu'il a un bassin largeur 34 et il a des épaules de mec largeur 40. Du coup son bassin est obligé de le caler avec des mousses, parce que sinon il bouge tellement que du coup il se met complètement de travers, il se fait mal au dos, il glisse et du coup on doit caler le bassin pour que les épaules passent quand mêmes entre les montants du dossier qui est super large. Après il n'arrive pas se propulser parce que c'est trop large mais si on réduit il a mal au dos parce qu'il a le truc dans le dos mais il arrive à se propulser. Alors qu'est ce qu'on fait ? On essaye de tricher, on met un

dossier, on bidouille, on reperce un dossier qu'on a récupéré et on fabrique quelque chose. Après même les revendeurs ils bidouillent des trucs mais il ne faut pas toucher au châssis du fauteuil sinon il n'y a pas de garantis etc... Il faut rajouter un nouvel élément dans son ensemble qui a déjà été testé tout seul. Il faut essayer et des fois on a des interlocuteurs qui arrivent à nous faire des choses propres, du coup on se rapproche de la norme certainement mais surtout de ce que la personne a réellement besoin, dans un souci de sécurité.

Pour terminer, de façon générale, comment voyez-vous l'avenir de la profession ? Comment pensez-vous que le métier va évoluer ?

Moi j'ai juste un peu peur de la guerre que se font les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes entre eux. On a chacun des compétences qu'on exploite et il faut les utiliser intelligemment pour ne pas se tirer dans les pattes. Une orthophoniste qui a envie de travailler les fonctions cognitives, pourquoi pas ! Pourquoi ne pas monter un projet à deux. Il vaut mieux travailler main dans la main avec le voisin plutôt que de se tirer dans les pattes. Je trouve ça d'un puérole au possible. Moi par exemple je travaille avec des kinésithérapeutes et c'est elles qui choisissent les fauteuils ! Et oui ! Pourquoi ? Parce qu'elles savent comment chaque résident tient assis, elles savent leurs degrés de flexion de hanche etc... et elles sont très compétentes dans ce domaine. Avant quand il n'y avait pas d'ergothérapeutes à la MAS c'est elles qui devaient s'en occuper donc maintenant elles ont pris l'habitude et elles sont très compétentes, plus que moi.

Après je ne dis pas qu'elles le font toujours toutes seules. Généralement on le fait ensemble, comme ça chacun peut donner son avis et cela se passe très bien comme ça ! Voilà !

D'accord. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe VII : Tableau d'analyse des entretiens