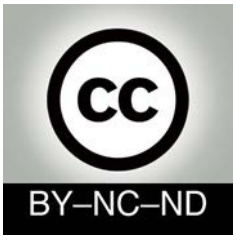
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)




https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

**DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2022-2023

# La collaboration autour de la personne âgée entre l'ergothérapeute du SSR et celui du domicile

**Soutenu par : Louise DUGELAY**

11909537

Tuteur de mémoire : Aurélie BARRIERE

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

**Université Claude Bernard Lyon 1**

Président
**FLEURY Frédéric**
Président du Conseil Académique
**BEN HADID Hamda**
Vice-président CA
**REVEL Didier**
Vice-président CFVU
**BROCHIER Céline**

Directeur Général des Services
**ROLLAND Pierre**

**Secteur Santé** :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R de Médecine et de maïeutique - Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Comité de Coordination des Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

**Secteur Sciences et Technologies** :

U.F.R. Faculté des Sciences
**ANDRIOLETTI Bruno**

U.F.R. Biosciences
**GIESELER Kathrin**

U.F.R. de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **BODET Guillaume**

Institut des Sciences Financières et d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

Institut National Supérieure du Professorat et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire
**Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON
Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION**

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

**DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE**

Directeur du département

**LIONNARD-RETY Sabine**

Coordinateurs pédagogiques

**BODIN Jean-François**

**FEBVRE Marine**

**IBANEZ Amandine**

**LIONNARD-RETY Sabine**

Responsables des stages

**LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine**

Responsable des mémoires

**IBANEZ Amandine**

Secrétariat de scolarité

**PASSE Cindy**

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont aidé, de près ou de loin, à l'aboutissement de ce travail.

Tout particulièrement, merci à Aurélie BARRIERE pour sa réactivité, ses encouragements et ses conseils.

Merci également aux filles de mon groupe de tutorat qui m'ont soutenu et aidé par leurs questionnements toujours justes.

J'adresse aussi un grand merci à mon entourage qui a été là tout au long de ce travail pour me conseiller, m'encourager et aussi me relire.

Je tiens également à remercier les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à cette étude pour leurs disponibilités et leurs partages d'expériences.

Et enfin, merci à mes tuteurs de stage pour leur compréhension et leur soutien tout au long de mon dernier stage.

© Université Claude Bernard Lyon1 - ISTR - Ergothérapie.

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Table des matières

**LISTE DES ABREVIATIONS** ..... **3**

**PREAMBULE** ..... **4**

**INTRODUCTION** ..... **5**

**PARTIE THEORIQUE** ..... **7**

LA PERSONNE AGEE ET SON ENVIRONNEMENT ..... 7
*Définition de la personne âgée* ..... *7*
1. A partir de quel âge est-on considéré comme une personne âgée ? ..... 7
2. Les caractéristiques spécifiques de la personne âgée ..... 7
*Autonomie et indépendance de la personne âgée* ..... *8*
*La personne âgée et son domicile* ..... *9*
*La personne âgée aidante de son/sa conjointe* ..... *10*
*Les professionnels autour de la personne âgée* ..... *10*
LE ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE DANS LA PREPARATION DU RETOUR A DOMICILE EN SSR GERIATRIQUE ..... 11
*L'ergothérapie* ..... *11*
*Le MDH-PPH2* ..... *12*
*Le SSR gériatrique* ..... *13*
*L'intervention de l'ergothérapeute centrée sur les activités courantes* ..... *14*
1. L'évaluation formative ..... 14
2. Le diagnostic et la co-construction des objectifs ..... 16
3. Les moyens d'intervention utilisés par l'ergothérapeute ..... 16
4. L'évaluation sommative ..... 17
LA REINSERTION A DOMICILE ..... 18
*Le domicile, un environnement écologique* ..... *18*
*La participation sociale* ..... *18*
1. La personne âgée face à cette reprise de participation sociale ..... 18
2. L'ergothérapeute face à cette reprise de participation sociale ..... 19
*Les dispositifs d'intervention de l'ergothérapeute à domicile* ..... *20*
*La coordination ville-hôpital* ..... *21*
1. Les échanges informels ..... 22
2. Les documents de fin d'hospitalisation ..... 22
3. Le dossier médical partagé ..... 22
PROBLEMATIQUE ..... 23

**PARTIE METHODOLOGIE** ..... **24**

OBJECTIFS DE RECHERCHE ..... 24
TYPE DE RECHERCHE ..... 24
CHOIX DE LA POPULATION ..... 24
CHOIX ET ELABORATION DE L'OUTIL D'INVESTIGATION ..... 25
*Choix de l'outil* ..... *25*
*Construction de l'outil : guide d'entretien et grille d'analyse* ..... *25*
DEROULEMENT DE L'INVESTIGATION ..... 26
*Recherche des ergothérapeutes* ..... *26*
*Déroulement des entretiens* ..... *26*
METHODE D'ANALYSE DES DONNEES ..... 27
ASPECTS ETHIQUES ..... 27

**RESULTATS ET ANALYSE** ..... **28**

PRESENTATION DES PARTICIPANTS ..... 28
L'ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE AUPRES DES PERSONNES AGEES RENTRANT A DOMICILE APRES LE SSR ..... 28
*Des personnes âgées aux niveaux de dépendance différents* ..... *28*
*L'évaluation de la personne âgée* ..... *29*
*Les objectifs d'accompagnement* ..... *29*
*Une action sur les rôles sociaux peu décrite* ..... *30*



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

*Des moyens d'intervention variés* ..... *31*
1. Une approche de la rééducation différente ..... 31
2. La réadaptation au cœur de l'accompagnement ..... 31
*Une durée d'intervention fluctuante* ..... *32*
LA PLACE DU DOMICILE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGEE ..... 32
*Les professionnels autour du domicile* ..... *32*
*La préparation du retour à domicile en SSR* ..... *33*
1. La nécessité de s'adapter aux différentes contraintes ..... 33
2. La visite à domicile (VAD), un outil utilisé par les ergothérapeutes ..... 33
*L'environnement écologique du domicile* ..... *34*
LA COLLABORATION ENTRE LES ERGOTHERAPEUTES DU SSR ET DU DOMICILE DANS UN OBJECTIF DE CONTINUITE DU SUIVI APRES LA SORTIE ..... 34
*Une poursuite rare de l'accompagnement en ergothérapie à domicile* ..... *34*
*Le lien ou l'absence de lien entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile* ..... *35*
1. Les modalités ..... 35
2. La nature des informations transmises ..... 36
*Les limites de cette continuité du suivi à domicile* ..... *36*
1. Le financement ..... 36
2. La méconnaissance de l'ergothérapie ..... 36
3. La multiplicité des intervenants et des pratiques à domicile ..... 37
4. Les contraintes organisationnelles ..... 37
5. La coordination ville-hôpital ..... 37
*Les alternatives à cette limite de continuité du suivi à domicile* ..... *38*
*Des avis partagés quant à l'intérêt d'une visite à domicile de collaboration* ..... *38*
1. L'intérêt ..... 38
2. Les limites ..... 39

**DISCUSSION ..... 40**

INTERPRETATION DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA THEORIE ..... 40
*L'accompagnement de la personne âgée rentrant à domicile après un séjour en SSR centré sur le modèle du MDH-PPH2* ..... *40*
1. Les facteurs personnels ..... 40
2. Les facteurs environnementaux ..... 40
3. Les habitudes de vie ..... 41
a. Les activités courantes ..... 41
b. Les rôles sociaux ..... 41
*L'orientation vers un suivi en ergothérapie à domicile* ..... *42*
*La collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et les ergothérapeutes libéraux* ..... *43*
1. La temporalité ..... 43
2. La transmission des informations ..... 43
INTERET ET LIMITE DE L'ETUDE ..... 45
QUESTION DE RECHERCHE ET SUGGESTIONS POUR UNE POURSUITE D'ETUDE ..... 46

**CONCLUSION ..... 48**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 49**

**ANNEXE A : GRILLE AGGIR ..... I**

**ANNEXE B : SCHEMA DU MODELE DU MDH-PPH 2 ..... II**

**..... II**

**ANNEXE C : GUIDE D'ENTRETIEN DES ERGOTHERAPEUTES DU SSR ..... III**

**ANNEXE D : GUIDE D'ENTRETIEN DES ERGOTHERAPEUTES LIBERAUX ..... V**

**ANNEXE E : GRILLE D'ANALYSE VIERGE ..... VII**

**ANNEXE F : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE ..... IX**



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Liste des abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Personnalisée Autonomie

CICAT : Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques

CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DAC : Dispositif d'Aide à la Coordination

DMP : Dossier Médical Partagé

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

GIR : Groupe Iso Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDH-PPH2 : Modèle du Développement Humain et Processus de Production du Handicap 2

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VAD : Visite A Domicile



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Préambule

Au cours de ma formation au diplôme d'état d'ergothérapie j'ai pu effectuer plusieurs stages dans différentes structures. Le questionnement étudié dans ce mémoire provient d'un stage effectué en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique.

Durant cette expérience, j'ai pu réaliser un accompagnement en ergothérapie auprès d'une personne âgée. Cette personne était en SSR pour plusieurs raisons. La raison principale de son séjour était sa pathologie de l'épaule. De plus, principale aidante de son mari très dépendant, elle se trouvait en situation d'épuisement. Elle souffrait également d'un canal carpien bilatéral opéré d'un côté. Le médecin a demandé de débuter l'accompagnement en ergothérapie pour préparer le retour à domicile de Madame X. L'accompagnement en ergothérapie a débuté par un entretien permettant de recueillir les habitudes de vie de la personne et des informations sur son logement. Ce processus a ensuite permis d'établir les objectifs de l'accompagnement : adapter les activités quotidiennes qui étaient difficile à réaliser pour Madame X. et réaliser des séances de rééducation pour retrouver une main davantage fonctionnelle. Nous avons donc pu, au cours des séances de rééducation, travailler sur les difficultés qu'elle pouvait rencontrer dans ses activités quotidiennes. Nous avons également expérimenté l'utilisation de nombreuses aides techniques pouvant faciliter son quotidien, pour lui préconiser celles étant les plus adaptées à ses besoins. Nous n'avons pas réalisé de visite à domicile avec cette personne par manque de temps et car Madame X. ne nous a pas rapporté d'inadaptation de son logement. Au terme de l'accompagnement en ergothérapie, Madame X. était demandeuse de poursuivre les séances d'ergothérapie à sa sortie du SSR. Étant donné qu'elle était la principale aidante de son mari, elle ne pouvait pas le laisser seul et aurait aimé un accompagnement à domicile. Cependant, face à cette situation je n'ai pas su dire dans quelles conditions une poursuite d'un accompagnement en ergothérapie à domicile était possible.

Cette situation m'a donc posée question et m'a donné envie de me renseigner davantage sur le sujet.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Introduction

D'après le ministère de la santé et de la prévention, en 2021, les personnes âgées représentent 15 millions de français, soit près d'un français sur quatre. Cette part de la population tend à augmenter dans les années à venir. Actuellement, l'espérance de vie est de 78,4 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes. (Ministère de la santé et de la prévention & Ministère des solidarités, de l'autonomie et personnes handicapées, 2021). Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) (2019), cette espérance de vie tend à s'allonger d'ici 2060. La population française est donc vieillissante.

Les personnes âgées représentent la part la plus importante des personnes séjournant en SSR. D'après le ministère des solidarités et de la santé, en 2019, l'âge moyen de la population cible d'un SSR est de 75 ans, c'est-à-dire une population âgée. L'orientation d'une personne vers un SSR se justifie par la nécessité de poursuivre des soins médicaux, de la rééducation-réadaptation et une surveillance pendant une période de durée limitée. De plus, l'existence d'éléments de dépendance est un déterminant important d'orientation (Roques-Latrille, 2018). Il a pour objectif de « prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. » (CNP de Gériatrie, 2022) Les SSR peuvent être spécialisés selon leur activités.

Différentes orientations, à la suite d'un SSR, sont possibles. D'après la HAS (2020), 70% des personnes ayant séjournées en SSR rentrent à domicile et 16% sont transférées vers une unité médicale. Une majorité des personnes, principalement âgées, séjournant en SSR retournent donc à domicile.

Selon le dossier de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) rédigé en 2018, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps complet de 2009 à 2016, pour les personnes âgées de plus de 70 ans est comprise entre 30 et 34 jours. (DRESS, 2018) Cependant « les séjours de réadaptation sont souvent trop courts pour permettre une réhabilitation complète. » (BLASER et al., 2022) De plus, d'après l'HAS (Haute Autorité de Santé) (2004), « les sorties des établissements sont souvent compromises faute de solutions d'aval. » Un des enjeux nationaux, en 2020, est donc de garantir la continuité de



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

la prise en charge du patient de SSR en aval. (HAS) La question qui découle de ces informations est donc la suivante ***: Dans quelles conditions l'accompagnement en ergothérapie auprès de la personne âgée, débuté en SSR gériatrique, s'inscrivant dans un projet de retour à domicile peut-il être poursuivi et quels pourraient être les objectifs ?***

Pour apporter des éléments de réponse sur ce sujet, ce travail abordera, dans une première partie des éléments théoriques concernant les personnes âgées, le rôle de l'ergothérapeute dans la préparation du retour à domicile et la réinsertion à domicile. Dans un second temps, une partie méthodologique sera développée pour exposer la stratégie de recherche utilisée. Cette partie sera suivie d'une présentation et analyse des résultats obtenus suite à l'étude menée. Enfin, la discussion constituera la quatrième partie, de manière à comparer les résultats obtenus aux éléments de la théorie.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Partie Théorique

## La personne âgée et son environnement

### Définition de la personne âgée

#### 1. A partir de quel âge est-on considéré comme une personne âgée ?

Selon le Ministère de la santé et de la prévention (2021) une personne est considérée âgée à partir de 60 ans. L'INSEE (2019), quant à lui, définit les personnes âgées comme ayant plus de 65 ans. En France, une personne est donc considérée âgée à partir de 60-65 ans selon les auteurs.

Cette catégorisation par âge peut venir de l'âge de la retraite, fixé, en 2021, à 62 ans en France (Direction de l'information légale et administrative). L'Allemagne a été le premier pays à établir un programme de retraite en fixant l'âge de celle-ci à 65 ans. Cet âge de la retraite à évolué au fur et à mesure des années et des pays. (Stefanacci, 2022) Cette limite d'âge peut également venir de l'APA (Allocation Personnalisée Autonomie) qui établit une personne éligible à cette aide financière à partir de 60 ans. (CNSA, 2022b) La population âgée est également divisée en deux tranches d'âge : le troisième âge à partir de 60 ans et le quatrième âge après 75 ans. (Ennuyer, 2011)

En France, la personne âgée est donc définie selon son âge chronologique, c'est-à-dire « l'âge des personnes en année », « basé sur le temps qui passe ». (Stefanacci, 2022) Cependant, ce n'est pas réellement l'âge chronologique qui caractérise la personne dite âgée.

#### 2. Les caractéristiques spécifiques de la personne âgée

La personne âgée est caractérisée par la notion de fragilité. En effet, « le vieillissement s'accompagne d'une fragilisation de l'individu. » (Petermans et al., 2011) Le vieillissement est un « processus continu et progressif d'altération naturelle. » (Stefanacci, 2022) Les personnes dites fragiles ont un vieillissement qui se situe entre le vieillissement habituel, atteintes de certaines fonctions considérées comme physiologiques, et le vieillissement pathologique, responsable, généralement, d'un état de dépendance. (Trouvé et al., 2009, p. 33) « Un sujet âgé fragile est un sujet dont les capacités à faire face à une agression même minime sont réduites et dont l'équilibre est instable ». (Puisieux & al., 2012, p. 19) Cette fragilité peut, également, être influencée par des facteurs externes. En effet, l'état de santé de la personne



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

âgée dépend de « son parcours de vie, son genre (homme ou femme), son environnement social et économique, son lieu de résidence et sa culture. » (Soleymani et al., 2018)

La personne âgée est également caractérisée par sa polypathologie, ce terme n'a pas de définition consensuelle. Selon Fortin, la polypathologie est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période » (HAS, 2015). « Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive avec un retentissement sur la vie quotidienne » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'augmentation de l'apparition de maladies chroniques avec l'âge : la durée d'exposition plus longue à certains facteurs de risques, le vieillissement des organes et l'augmentation de l'espérance de vie. La polypathologie se retrouve fréquemment chez les personnes âgées. En moyenne, les personnes âgées « présentent quatre à six maladies chroniques » (Puisieux & al., 2012, p. 13).

## Autonomie et indépendance de la personne âgée

La personne âgée est régulièrement décrite avec un certain degré de dépendance et d'autonomie. Ce degré d'autonomie est calculé à l'aide du GIR (Groupe Iso Ressources), lui-même, défini à partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) (Annexe A). Il existe six GIR, le groupe un correspond au niveau de perte d'autonomie le plus fort et le groupe six au niveau le plus faible. La population cible de cet écrit est une personne âgée fragile et polypathologique, sans trouble cognitif pouvant exprimer ses besoins et ses motivations. Elle correspond donc davantage à une personne avec un GIR compris entre 3 et 5. En effet, en dessous d'un GIR 3 on considère que les capacités mentales de la personne sont déficitaires et au-dessus d'un GIR 5 on considère que la personne est « autonome pour les actes essentiels de la vie quotidienne. » (CNSA & Direction de l'information légale et administrative, 2021)

Cependant « l'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même » (Puisieux & al., 2012, p. 32) et la dépendance par « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement » (Puisieux & al., 2012, p. 32). Le GIR ne mesure donc pas simplement le degré d'autonomie de la personne mais aussi son degré de dépendance,



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

deux notions complémentaires à prendre en compte dans la préparation du retour à domicile de la personne.

Ce calcul de degré d'autonomie est nécessaire pour bénéficier de certaines aides financières et notamment de l'APA. Cette aide financière est versée par le conseil départemental et peut être attribuée à partir de 60 ans à condition d'avoir un GIR compris entre 1 et 4. (CNSA, 2022b) D'après le ministère de la santé et de la prévention (2021), 1,2 million de personnes bénéficient de l'APA dont 60% à domicile.

## La personne âgée et son domicile

Dans cet écrit, la population décrite est la personne âgée rentrant à domicile. La personne âgée est une personne fragile ayant besoin de repères. Son domicile, son chez soi, correspondant à son environnement physique, en est un. Le chez soi est « un lieu de construction de soi, de ses propres repères et de ses relations avec les autres. […] Cette puissance d'évocation et d'attachement de la maison s'exerce jusqu'à la fin de la vie ». (Dreyer, 2017) L'attachement à la maison est dû à la sédimentation des souvenirs personnels dans cet espace considéré comme un contenant et permettant de garder une trace de ceux-ci mais il est aussi dû au parcours de vie. « La maison ou l'appartement est un projet résidentiel qui a guidé tout une vie, c'est la concrétisation et l'accomplissement d'un parcours de vie ». (Dreyer, 2017) Cet attachement au chez soi est également guidé par quatre motivations : la liberté de faire ce que l'on veut, comme on veut et quand on veut, le confort construit au fil du temps, le bien-être et le sentiment de pouvoir prendre des risques sans se mettre en danger. Ces motivations sont retrouvées dans toutes les populations quel que soit leur âge mais pour les personnes âgées elles sont ancrées dans le temps. Le logement est, en fait, une manifestation concrète des « liens tissés de soi à soi, de soi avec les autres et avec le monde. » C'est pourquoi, « abandonner son logement, c'est abandonner une partie de soi-même. » (Dreyer, 2017)

Ce lien entre la personne âgée et son domicile est confirmé par les données démographiques. En effet, selon l'INSEE (2019), le mode de vie préférentiel des personnes âgées est la vie à domicile. En 2016, en C', 96% des personnes âgées hommes et 93% des personnes âgées femmes vivent à domicile.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

## La personne âgée aidante de son/sa conjointe

D'après la DRESS, en 2017, 59% des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent en couple à domicile. La vie en couple peut impliquer une relation d'aide. (2020, p. 202) En effet, 44% des proches aidants sont les conjoints et 57% des aidants sont des femmes (Camus et al., 2016). Ces chiffres peuvent être expliqués par la motivation pour laquelle les conjoints deviennent proche aidant de leur partenaire. « C'est d'abord dans la continuité conjugale que s'inscrivent une grande part des arguments liés aux motivations. Pour beaucoup de proches aidantes, l'amour porté au conjoint apparaît être un puissant moteur d'engagement. » (Van Pevenage et al., 2020) La motivation de s'occuper de son ou sa conjointe peut venir aussi d'une question de respecter ce « contrat conjugal » qui les lie ensemble depuis un certain temps. (Van Pevenage et al., 2020) Cependant, malgré les nombreuses motivations, le conjoint aidant est aussi âgé et peut être fragilisé car le rôle de proche aidant engendre de nombreuses demandes.

Le proche aidant apporte son aide à la personne « pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne de manière régulière et fréquente, et à titre non professionnel ». (CNSA, 2022a) Son rôle implique de la disponibilité, des efforts et des dépenses. Le rôle de proche aidant fait donc peser des exigences importantes sur la personne âgée. En effet, les aidants familiaux subissent une contrainte physique liée à l'activité d'aide quotidienne, une contrainte morale liée à la responsabilité face à une personne en perte d'autonomie et une contrainte financière liée au recours à des aides professionnelles et payantes. (Antoine et al., 2010) « L'intensité de cette « charge » à laquelle les aidants familiaux ne sont pas préparés, explique qu'ils aient eux-mêmes besoin d'aide pour continuer à aider sans s'épuiser » (Trouvé et al., 2009, p. 80). Cependant, « la difficulté à se projeter dans l'avenir fait que les aidants tardent à rechercher des solutions et ne demandent souvent de l'aide pour eux-mêmes qu'a l'occasion d'une situation de crise » (Antoine et al., 2010).

## Les professionnels autour de la personne âgée

La polypathologie engendre une multiplicité et une diversité de problèmes. C'est pourquoi la pluridisciplinarité de la prise en charge est importante, elle permet de mobiliser différentes identités professionnelles autour de la personne âgée. L'équipe pluridisciplinaire, représentant l'environnement social de la personne âgée, lui permet de se sentir entourée et lutte contre l'angoisse de l'abandon. Cette crainte est une des plus grandes souffrances du



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

grand âge et notamment quand il s'agit de retourner à domicile après plusieurs semaines passées en institution. (Puisieux & al., 2012, p. 49) L'équipe pluridisciplinaire est composée de : l'auxiliaire de vie, l'aide-soignante, l'infirmier, les professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, orthoptiste…), le psychologue clinicien, le podologue pédicure, le diététicien, le médecin gériatre et l'assistante sociale. (Puisieux & al., 2012, p. 51) Le gériatre est « habituellement un médecin, même si ce terme peut être appliqué à tous les soignants spécialisés qui exercent auprès des personnes âgées malades ». (Puisieux & al., 2012, p. 3)

*Face à cette personne âgée fragile, polypathologique et aidante l'ergothérapeute joue un rôle dans la préparation du retour à domicile.*

# Le rôle de l'ergothérapeute dans la préparation du retour à domicile en SSR gériatrique

## L'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé intervenant dans le secteur sanitaire, médico-social et social. Il « intervient auprès des personnes qui ont des difficultés dans la réalisation de leurs activités du fait d'un handicap, des conséquences d'une maladie ou de l'avancée en âge. » (CNSA, 2021a) L'ergothérapeute intervient auprès des « personnes de tous âges (enfants, adultes, personnes âgées) qu'elles vivent à domicile, qu'elles soient hospitalisées ou hébergées en établissement. » (CNSA, 2021a) Il intervient sur prescription médicale.

La pratique de l'ergothérapeute repose sur les « bienfaits de l'activité en analysant ce qu'elle nécessite et stimule, comme les habiletés cognitives, motrices et sociales. » (Villaumé, 2019). « L'activité est une capacité à réaliser une performance qui trouve sa source dans les fonctions physiques et mentales de la personne et qu'elle la caractérise puisqu'elle renvoie à sa volonté et ses habitudes ». (Meyer, 2013, p. 51) La finalité de l'ergothérapie est la participation sociale qui correspond à « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). » (Fougeyrollas, 2021)



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité qui a pour objectif de « maintenir les activités journalières de la personne âgée tout en prévenant les complications liées au grand âge. » (Villaumé, 2019) La gériatrie est la science médicale des personnes âgées. C'est une « médecine polyvalente de la personne âgée de plus de 70 ans, volontiers polypathologique et fragile ». (Puisieux & al., 2012, p. 5) Elle a pour objectif « la prévention, le diagnostic et la prise en charge globale des personnes âgées malades. » (Puisieux & al., 2012, p. 3)

Pour cadrer son évaluation et guider son intervention, l'ergothérapeute utilise un modèle conceptuel.

### Le MDH-PPH2

« Quel que soit le lieu et le mode d'intervention, l'ergothérapeute œuvrant auprès de la personne âgée n'agit pas seul : il fait partie d'une équipe pluridisciplinaire. Peut-être plus que d'autres disciplines, la gériatrie nécessite une approche globale et interprofessionnelle » (Trouvé et al., 2009, p. 58). Pour pouvoir s'inclure dans l'équipe pluridisciplinaire intervenant autour de la personne âgée (Cf Les professionnels autour de la personne âgée), l'utilisation d'un modèle conceptuel interprofessionnel et universel est nécessaire. Le Modèle du Développement Humain et Processus de Production du Handicap (MDH-PPH2) en est un. Le MDH-PPH2 est la deuxième version, publiée en 2010 par Fougeyrollas, du PPH, initialement publié en 1998. Ce modèle a donc évolué au fur et à mesure du temps, des expériences de recherche et des pratiques professionnelles (Réseau international sur le Processus de production du handicap, 2022).

Le MDH-PPH2 décrit « la dynamique systématique interactive entre les caractéristiques personnelles et environnementales qui rendent possible, à des degrés divers, la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux pour les personnes qui présentent des déficiences, capacités et incapacités » (Fougeyrollas, 2021). Les facteurs personnels sont décrits selon trois catégories.

- Les facteurs identitaires correspondant aux caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles propres à un individu et à son histoire de vie ainsi qu'à ses valeurs et ses préférences.
- Le système organique, qui est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. Ce dernier est évalué selon une échelle allant de l'intégrité (le



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

système organique n'a pas subi d'altération) à la déficience (le système organique a subi des altérations légères, modérées ou considérables).

- Les aptitudes, correspondant à la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale dans un contexte standardisé. La personne peut être capable d'accomplir partiellement ou entièrement l'activité ou incapable d'accomplir l'activité. (Réseau international sur le Processus de production du handicap, 2022)

Le MDH-PPH2 distingue, également, trois sous-systèmes interreliés dans les facteurs environnementaux.

- Le micro-environnement, correspondant aux contextes qui sont propres à la personne et qui peuvent être spécifiquement adaptés à ses besoins.
- Le méso-environnement, correspondant aux contextes physiques et sociaux avec lesquels la personne interagit mais qui sont conçus pour la population générale.
- Le macro-environnement, qui concerne l'ensemble de la société tout en régulant la vie sociale de chaque personne.

Les facteurs environnementaux peuvent faciliter ou être un obstacle à la réalisation des habitudes de vie par la personne. Pour les personnes âgées ces trois niveaux de facteurs environnementaux ont tendance à se rapprocher et se réduire simplement au micro-environnement. (Réseau international sur le Processus de production du handicap, 2022)

Pour finir, les habitudes de vie sont définies comme une « activité courante ou un rôle social, valorisé par la personne ou son contexte socio-culturel, selon ses caractéristiques identitaires. » (Fougeyrollas, 2021) Les habitudes de vie sont appréciées sur une échelle allant de la « situation de participation sociale optimale » (Cf La participation sociale) à la « situation de handicap complète ». (Réseau international sur le Processus de production du handicap, 2022)

## Le SSR gériatrique

Les SSR sont spécialisés en fonction de leurs activités. Cette étude s'intéressera au SSR gériatrique qui est un établissement spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées. Il accompagne des personnes généralement âgées de plus de 75 ans, « présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entrainer l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

dépendance physique ou psychique difficilement réversible ». Les SSR gériatriques accueillent, généralement, des personnes à la suite d'un séjour dans une unité de soins de courte durée (MCO, médecine-chirurgie-obstétrique). 74 % de la population d'un SSR gériatrique provient de ces établissements. Les personnes âgées peuvent, également, venir directement du domicile, elles représentent 21 % de la population hospitalisée en SSR. (Mézière, 2019)

La finalité du SSR gériatrique est de rendre la personne la plus autonome et indépendante possible, « souvent, dans le cadre de la préparation du retour à domicile » (Luce, 2020). Cette préparation du retour à domicile « repose sur un principe de base : l'anticipation. » (Puisieux & al., 2012, p. 165) Il faut considérer cette sortie dès l'entrée dans le service. « En gériatrie, la sortie relève du projet de soins qui doit être global et personnalisé. » (Puisieux & al., 2012, p. 165) Celui-ci est réalisé en équipe pluridisciplinaire avec la nécessité d'un échange permanent. Des évaluations et des interventions pluridisciplinaires sont donc proposées pour améliorer l'état médico-psycho-social et fonctionnel de la personne âgée. (Mézière, 2019) L'ergothérapeute est un acteur clé de cette préparation du retour à domicile. En effet, « les ergothérapeutes […] sont souvent impliqués dans l'évaluation de la performance […] afin de faciliter une sortie rapide, sûre et réussie » (Lockwood et al., 2017)

## L'intervention de l'ergothérapeute centrée sur les activités courantes

Pour accompagner la personne dans la préparation de son retour à domicile, l'ergothérapeute utilise un processus d'intervention spécifique. Selon Sylvie Meyer (2007, p. 54), le processus d'intervention de l'ergothérapeute est composé de l'évaluation formative, la planification du traitement, l'exécution du traitement et l'évaluation sommative. Ce processus peut être ajusté, arrêté ou transmis à tout moment.

### 1. L'évaluation formative

La première étape de l'intervention de l'ergothérapeute est l'évaluation formative de la personne âgée. En effet, « dans les textes de recommandations, la HAS préconise, pour préparer le retour à domicile, l'évaluation du contexte de vie par une évaluation du contexte psychosocial et des conditions de vie. » (J. M. Caire et al., 2008, p. 211) « En gériatrie,



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

l'ergothérapeute réalise une évaluation holistique du patient âgé et de ses activités. » (Villaumé, 2019)

La direction de l'évaluation dépend du contexte de pratique du thérapeute, des éléments connus de l'usager et de sa santé. (Meyer, 2007, p. 61) En gériatrie, l'évaluation se fait, en majorité, par l'intermédiaire d'un entretien. Celui-ci permet à l'ergothérapeute de recueillir les facteurs identitaires de la personne, ses habitudes de vie et son environnement, dans ce cas précis, son domicile. Cependant, les informations recueillies lors de cet entretien sont exprimées par la personne elle-même et sont donc subjectives. Pour objectiver les informations que l'ergothérapeute a en sa possession il doit compléter son évaluation par des observations et l'analyse de la personne en activité réelle. (Villaumé, 2019)

L'observation de la personne en activité ne se réalise pas pour toutes les activités mais uniquement pour les activités significatives, ayant de l'intérêt, une importance particulière et du sens pour la personne. (Meyer, 2013, p. 56) L'observation permet d'identifier l'intégrité et les déficiences du système organique de la personne ainsi que ses aptitudes dans un contexte standardisé. (Villaumé, 2019) Une préparation en amont est nécessaire. Il faut d'abord établir les tâches contenues dans cette activité et dans chacune de ses tâches, les étapes nécessaires à leur réalisation. (Meyer, 2007, p. 69) Cette analyse de l'activité permet, par la suite, à l'observateur de décrire la manière de procéder de la personne et l'assistance physique ou verbale qui est requise. (Luce, 2020) En institution, les observations demandent, néanmoins, un équipement important et des aménagements spécifiques.

Pour compléter les évaluations précédentes une visite à domicile peut être organisée par l'ergothérapeute, potentiellement accompagné d'un autre rééducateur ou d'une assistante sociale en fonction des besoins. (Luce, 2020) La visite à domicile est proposée uniquement pour les situations les plus précaires, « si l'environnement matériel est inadapté ou si le patient est très isolé » (Fournier, 2002). Effectivement, la visite à domicile est un investissement de temps important impliquant un à trois professionnels pendant environ quatre heures en comptant la formation l'organisation et la rédaction. (Lockwood et al., 2017) Lorsqu'une visite à domicile est réalisée, les objectifs sont les suivants : évaluer les transferts dans le cadre de vie habituel, déterminer les aménagements de l'environnement nécessaires, les moyens en auxiliaires, le risque de chute et les activités de la vie quotidienne effectuées



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

par le patient à son domicile. « Elles permettent aussi de mieux cerner les services à domicile qu'il faudra mettre en place pour assurer un retour dans les meilleures conditions ». (D.Marcant et al., 2001)

### 2. Le diagnostic et la co-construction des objectifs

Grâce aux informations recueillies lors de l'évaluation formative, l'ergothérapeute va pouvoir établir un diagnostic. « Le diagnostic consiste à définir la qualité de l'engagement du patient dans les activités ayant pour lui une valeur personnelle et socioculturelle » (Villaumé, 2019). Il découle sur la co-construction d'objectifs. En effet, une fois les difficultés repérées, l'ergothérapeute et la personne âgée construisent ensemble des objectifs individualisés qui guideront l'accompagnement en ergothérapie. La co-construction des objectifs permet à la personne de participer à la prise de décision, elle est davantage responsabilisée dans son parcours de soin. S. Meyer explique qu'il a été démontré que la participation de la personne à la prise de décision augmente les chances de réussite de l'intervention (2007, p. 118). Cette collaboration permet également de créer une relation de confiance entre l'ergothérapeute et la personne (Meyer, 2013, p. 149-150).

Suite à la co-construction des objectifs avec la personne, l'ergothérapeute va choisir les moyens d'intervention qu'il peut utiliser pour répondre à ces objectifs.

### 3. Les moyens d'intervention utilisés par l'ergothérapeute

L'ergothérapeute peut proposer de la rééducation ou de la réadaptation à la personne pour répondre aux objectifs construits avec la personne dans un but de retour à domicile.

La rééducation a pour « objectif de permettre à la personne de continuer à faire comme avant ce qu'elle avait l'habitude de faire, malgré sa perte d'autonomie ou les difficultés présentes » (CNSA, 2021a). Les objectifs de rééducation chez la personne âgée se doivent d'être modestes, précis et fonctionnels, étant donné que la personne âgée est considérée comme une personne fragile. (Puisieux & al., 2012, p. 123) La rééducation passe par l'exécution et la répétition du geste dans sa globalité permettant de faciliter la récupération de la mémoire motrice. (Villaumé, 2019) En gériatrie, l'ergothérapeute utilise des « activités ludiques ou créatives soigneusement choisies et adaptées, dans une démarche individuelle ou de groupe, pour stimuler les capacités résiduelles, tant motrices que sensorielles, cognitives et psychoaffectives. » (Trouvé et al., 2009, p. 59).



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

La réadaptation a pour « objectif de permettre à la personne de continuer à faire ce qu'elle avait l'habitude de faire, mais de façon différente ». La réadaptation est basée sur la préconisation d'aides techniques et d'aides humaines à domicile et sur l'aménagement de l'environnement. (CNSA, 2021a) En effet, « la fragilité des fonctions motrices rend essentielle la prise en compte de l'environnement qui conditionne largement les possibilités de mobilité de la personne âgée. » (Puisieux & al., 2012, p. 128)

En SSR gériatrique, la rééducation et la réadaptation peuvent être basées sur des mises en situations dans des activités de vie quotidienne significatives pour la personne. Comme le précise V. Luce, en 2020, « les activités reprenant le quotidien sont beaucoup utilisées dans les prises en charge en SSR gériatrique ». (Luce, 2020) Ces mises en situation ont pour objectif de développer « des facultés d'adaptation, d'apprentissage ou réapprentissage de procédures cognitives, de gestes adaptés et la correction d'attitudes nocives » (Villaumé, 2019). La limite de ces mises en situation en institution est qu'elles sont réalisées dans un contexte de thérapie. Dans ce contexte, l'activité proposée à la personne « n'a ni culturellement, ni personnellement la même signification que dans la vie de tous les jours. Elle n'a pas non plus la même valeur » (Meyer, 2007, p. 36). Comme pour les observations réalisées dans le cadre de l'évaluation, les mises en situations réalisées en SSR gériatrique correspondent donc aux aptitudes de la personne à réaliser des activités courantes significatives et non à ses habitudes de vie culturellement et personnellement dénommées.

### 4. L'évaluation sommative

Lorsque la date de sortie approche, l'ergothérapeute réalise une évaluation sommative pour clôturer son intervention. D'après Meyer (2007, p. 97), elle correspond « à l'évaluation de la démarche d'intervention menée, à la mesure des résultats du traitement et aux décisions quant aux suites de l'intervention. » L'ergothérapeute va évaluer « la progression des performances et des habilités en s'appuyant sur les résultats obtenus à la passation répétée de certains outils au fil de l'intervention » (Meyer, 2007, p. 98). Cette évaluation sommative permet à l'ergothérapeute « d'identifier le besoin ou non d'un suivi en ergothérapie à domicile » en objectivant l'état des capacités de la personne en comparaison avec l'évaluation formative. (BLASER et al., 2022)



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Cependant, lors du retour à domicile, « il est fréquent de constater qu'avec le changement d'environnement, les capacités du sujet âgés divergent de l'évaluation faite » (Fournier, 2002) en SSR. En effet, d'après Fougeyrollas, la situation de handicap est la résultante de l'interaction entre les caractéristiques individuelles de la personne et le milieu de vie dans lequel elle évolue. (Fougeyrollas, 2021)

En SSR gériatrique, l'équipe pluridisciplinaire a pu travailler avec la personne pour améliorer ses aptitudes à réaliser une activité courante dans un environnement standardisé. Cependant, une fois rentré à domicile la personne devra reprendre part à ses habitudes de vie dans son environnement écologique, de nouveaux besoins pourront donc être identifiés.

# La réinsertion à domicile

## Le domicile, un environnement écologique

En comparaison avec le SSR, l'environnement écologique est un environnement non standardisé. Il correspond au contexte de vie habituel de la personne, dans ce cas, le domicile de la personne. (J. M. Caire et al., 2008, p. 170) Dans son environnement écologique, la personne âgée évolue, assume des rôles et s'engage dans des activités à des moments précis. (Trouvé, 2016, p. 116) L'écologie correspond à l'interaction entre l'homme et son environnement qui influence le comportement humain et la performance. (J. M. Caire et al., 2008, p. 168) « L'éloignement du cadre purement hospitalier et le retour à un milieu plus naturel apparaissent comme une évidence lorsque l'on parle d'accompagnement, de compétences, de qualité de vie, et de relation avec l'environnement. » (Trouvé, 2016, p. 120) L'accompagnement en milieu écologique « va aider à valider ou non les objectifs fixés et ainsi permettre de mieux organiser la suite du suivi thérapeutique. » (J. M. Caire et al., 2008, p. 169) Cet accompagnement est d'autant plus opérant qu'il est réalisé suite à un séjour en milieu hospitalier ou spécialisé. (J. M. Caire et al., 2008, p. 169)

## La participation sociale

### 1. La personne âgée face à cette reprise de participation sociale

La réinsertion à domicile est basée sur la ré-investigation, par la personne, de ses habitudes de vie. Une fois rentrée à domicile, la personne âgée fragile, polypathologique et aidante va reprendre part à ses activités courantes et ses rôles sociaux. La participation sociale est



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

> le fait, pour une personne, d'être intégrée dans un réseau de relations significatives, réciproques et génératrices de responsabilité. La participation sociale offre des possibilités de (re)donner du sens à sa vie, de développer des appartenances et d'exercer un rôle social dans une étape, la vieillesse, marquée par de nombreux changements et des pertes de différentes natures (J.-M. Caire et al., 2012).

Dans la participation sociale, un concept est important c'est celui de « prendre part », de jouer un rôle individuel et collectif. (Trouvé, 2016, p. 426) Selon Jean-Michel Caire et al. (2012), la participation sociale est divisée en quatre catégories : le fonctionnement dans la vie quotidienne ; passer du temps en relation avec les autres ; construire des relations durables dans un réseau social ; être impliqué(e) dans une activité, une organisation ou un rôle social.

### 2. L'ergothérapeute face à cette reprise de participation sociale

Une étude, réalisée au Canada, a évalué les bénéfices d'une intervention d'une équipe de professionnels de la rééducation et de la réadaptation à domicile, dans un objectif de continuité des soins. Cette dernière a montré que ces accompagnements « par l'intervention à domicile, les actions, plus écologiques et mieux adaptées au milieu de vie et à l'environnement, permettent d'agir sur la participation sociale et le fardeau de l'aidant » (Daviet et al., 2022). De plus, « aujourd'hui, il est important de considérer la participation sociale comme un élément clé des réflexions et des pistes d'action visant l'amélioration des conditions de vie des personnes. » (Trouvé, 2016, p. 425) L'ergothérapeute, professionnel de la rééducation et de la réadaptation a donc un rôle à jouer dans cette réinsertion à domicile. En effet, « les preuves sont faites : l'ergothérapie améliore l'indépendance des patients et leur engagement dans les activités de vie quotidienne au retour à domicile » (J.-M. Caire et al., 2012).

L'ergothérapeute, à domicile, peut poursuivre le travail débuté en SSR gériatrique en travaillant, notamment, sur la consolidation des habilités motrices acquises pour qu'elles soient transférables et utilisables dans les actes de la vie quotidienne. « La HAS préconise dans ses textes de recommandation, de poursuivre la progression des compétences acquises en phase de rééducation, en situation écologique. » (J. M. Caire et al., 2008, p. 213) Il peut, également, s'assurer de l'installation, de l'apprentissage et de l'acceptation des aides préconisées lors du séjour en SSR gériatrique. Cette étape est « indispensable pour que le patient puisse réellement bénéficier de l'intérêt de la mise en place de ces aides » (Villaumé,



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

2019). Enfin, l'ergothérapeute « a également comme mission d'éduquer les aidants professionnels et naturels […] de la personne âgée » (Villaumé, 2019) Cette mission a pour objectif de faciliter l'accompagnement de la personne âgée dans ses activités de vie quotidienne tout en sollicitant ses aptitudes. (Villaumé, 2019)

Cependant, la participation n'inclut pas seulement le fonctionnement dans la vie quotidienne, mais, comme expliqué précédemment, elle inclut également, la reprise d'une implication dans un rôle social. Ce dernier renvoi « à un modèle de comportement socialement attendu et habituellement défini afin de faciliter la réalisation de(s) fonction(s) particulière(s) qui sont généralement attribuées ou assumées par un individu et qui reflètent partiellement le statut social de cette personne. » (Meyer, 2013, p. 162) Les rôles sont socialement construits, néanmoins, ils sont interprétés de manière différente par chaque individu. (Meyer, 2013, p. 162) Dans la littérature, les auteurs ergothérapeutes qui s'intéressent aux rôles décrivent les divers rôles assumés par les individus, le lien entre la société et les rôles, l'acquisition des rôles dans le processus de socialisation, les tâches et les activités incluses dans ses rôles sociaux, la modification de ceux-ci et les aspects émotionnels et psychologique liés à ce dernier. (Meyer, 2013, p. 164) Cependant,

> dans l'exercice de l'ergothérapie, à notre connaissance, le concept de rôle est peu mobilisé. Il est rare que les ergothérapeutes discutent des divers rôles d'une personne. Si elles le font, elles envisagent les tâches qui sont associés aux rôles, plutôt que les liens entre la société et l'individu. (Meyer, 2013, p. 167)

## Les dispositifs d'intervention de l'ergothérapeute à domicile

« Le domicile est un des lieux d'action privilégiés de l'ergothérapeute, en s'inscrivant soit dans une logique de maintien à domicile, soit dans un projet de retour à domicile après hospitalisation » (Trouvé et al., 2009, p. 59). L'ergothérapeute peut intervenir à domicile par l'intermédiaire de différents dispositifs.

Il peut intervenir au sein de dispositifs d'aide au maintien à domicile. Ces dispositifs peuvent être spécialisés comme les Equipes Spécialisés Alzheimer à Domicile (ESAD), les Equipes Mobiles Gériatriques (EMG), le Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT) ou plus classique comme les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ou l'Hospitalisation à Domicile (HAD). (Villaumé, 2019) L'ergothérapeute peut également



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

intervenir à domicile par l'intermédiaire de dispositif d'aide à la coordination des soins comme les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) rassemblant la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie), les plateformes territoriales d'appui et les réseaux de santé territoriaux (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2023) ou le CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique). Enfin l'ergothérapeute peut intervenir en tant que libéral à domicile. (Trouvé et al., 2009, p. 58)

Quelques que soit le moyen par lequel il intervient à domicile, il est important qu'il ait en sa possession un maximum d'informations au sujet de la personne âgée fragile, polypathologique rentrant à domicile après un séjour en SSR. A partir de 1987, une association a été créée dans la région lilloise pour favoriser le retour à domicile des personnes âgées après hospitalisation. Son rôle était de proposer aux services hospitaliers une aide pour l'organisation des sorties difficiles par l'intermédiaire d'une équipe composée d'un ergothérapeute et d'une assistante sociale. Suite à cette expérience il à été mis en évidence que « la connaissance trop tardive des situations ne donne pas toujours à l'ergothérapeute les moyens de gérer la complexité d'une relation d'aide avec le sujet âgé » (Fournier, 2002).

## La coordination ville-hôpital

La sortie de l'hôpital est décrite trop souvent comme une rupture, sans continuité du suivi de la personne dans le secteurs extra-institutionnel. « Les experts recommandent donc de chercher des formules transitoires qui amoindrissent ce risque. Ce rapport recommande aussi de prendre en compte la difficulté du transfert des acquis du milieu hospitalier au lieu de vie ordinaire. » (J. M. Caire et al., 2008, p. 207) En effet, « le retour à domicile ne signifie pas la fin des soins de rééducation et permet de donner sa dimension la plus complète et la plus finalisé au travail de réadaptation. » (J. M. Caire et al., 2008, p. 206) Une collaboration entre les professionnels du SSR et du domicile est donc nécessaire. Cette collaboration se nomme la coordination ville-hôpital.

La coordination ville-hôpital vise à « mobiliser l'ensemble des professionnels de santé autour de la personne pour améliorer la qualité et l'efficience des soins » (Fournier, 2002). Une transmission d'informations fiables et complètes permet de faciliter la continuité des soins à domicile. Les actions de coordination sont soutenues par un réseau gérontologique. Celui-ci « fournit un cadre opérationnel qui facilite les interactions des professionnels et



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

constitue un espace défini, favorisant une meilleure efficience des interventions qui sont apportées à la personne âgée pour […] son retour à domicile ». (Fournier, 2002). Les réseaux de santé gérontologique « sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocations sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers » (Trouvé et al., 2009, p. 56). La coordination ville-hôpital doit se faire dès les premiers jours après la sortie car ceux-ci sont souvent « difficile et conditionnent le maintien à domicile » (Fournier, 2002). Celle-ci passe par l'intermédiaire de différents moyens au sein du SSR.

### 1. Les échanges informels

Certaines informations, personnalisées pour un professionnel en particulier, comme les transmissions destinées aux infirmières ou aux rééducateurs de ville, peuvent être transmises de manières informelles. Pour cela, différents vecteurs peuvent être utilisés : les courriers, le mail crypté, le mail, le téléphone, les fiches de liaison ou les SMS. (Le Cossec et al., 2018)

### 2. Les documents de fin d'hospitalisation

Le document de sorte d'hospitalisation est composé des « principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital-ville » (HAS, 2014). « Il est destiné au patient et aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour » (HAS, 2014). Ce document de sortie d'hospitalisation constitue tout ou une partie du compte rendu d'hospitalisation. Ce document sera également inséré dans le dossier médical partagé (Cf 3Le dossier médical partagé).

De plus, une check liste de « sortie d'hospitalisation supérieure à 24h » a été créée par l'HAS (2015a) permettant d'aider les équipes de soins à organiser la sortie d'hospitalisation en minimisant les ruptures de parcours et les réadmissions non programmées.

### 3. Le dossier médical partagé

Le dossier médical partagé « est un dossier patient informatisé qui présente apparemment des avantages multiples pour l'ensemble des acteurs de la santé. Il permet un accès rapide aux informations médicales nécessaires à la prise en charge du patient » (Odeh, 2016). Ce dossier permet, également, de « favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, sous le contrôle du patient » (Odeh, 2016). « La communication des données du



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

DMP doit être donc effectuée entre tous les professionnels de santé intervenant sur le parcours de soins d'un patient, peu importe le lieu et la nature de leur expertise » (Odeh, 2016). Ce dossier s'inscrit dans la durée et non sur une prise en charge médicale temporaire. Le dossier médical partagé n'est, néanmoins, pas développé à l'échelle nationale.

## Problématique

A la suite des recherches bibliographiques développées ci-dessus, une problématique peut être mise en valeur. En reprenant, les informations décrites tout au long de cette recherche de littérature, en SSR, le suivi de la personne âgée en ergothérapie est axé sur ses aptitudes à accomplir des activités courantes significatives. Lors de la réinsertion à domicile, le suivi de la personne âgée en ergothérapie est davantage axé sur la reprise des rôles sociaux. Une continuité entre ces deux suivis aux objectifs différents est donc nécessaire. La question qui se pose est donc la suivante : ***au-delà des outils utilisés dans la coordination ville hôpital, comment l'ergothérapeute du SSR et du domicile peuvent – ils collaborer pour envisager ou optimiser la continuité de l'accompagnement à domicile orienté vers une reprise des rôles sociaux ?***

Pour apporter des éléments de réponse à cette problématique une investigation auprès d'ergothérapeutes travaillant sur le terrain s'avère intéressante.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Partie Méthodologie

## Objectifs de recherche

Cette investigation répond à plusieurs objectifs résultant des informations recueillies lors de la recherche de littérature. L'objectif principal de cette recherche est de comprendre ***quelle collaboration est mise en place entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile pour envisager ou optimiser la continuité de l'accompagnement à domicile orienté vers une reprise des rôles sociaux.***

Les objectifs secondaires de cette investigation sont les suivants :

- Déterminer les éléments clés de la préparation du retour à domicile des personnes âgées en SSR.
- Explorer l'intervention menée par l'ergothérapeute à domicile auprès des personnes âgée sortant d'un SSR.

## Type de recherche

La recherche menée dans ce travail est de type exploratoire qualitative. En effet, d'après Imbert (2010), « le processus de recherche qualitative s'avère […] particulièrement adapté aux travaux conduits dans le champ de la santé […] ». La recherche qualitative représente « tout type de recherche […] mettant en œuvre des modes de collecte de données et des méthodologies d'analyses […] permettant d'accéder à la compréhension en profondeur du phénomène investigué » (Kivits Joëlle et al., 2016, p. 15). L'intérêt de la méthode qualitative est qu'elle s'intéresse au contexte d'un vécu singulier de personnes ayant certaines caractéristiques. Ceci est un point important de cette investigation étant donné que chaque ergothérapeute possède un vécu individuel construit en fonction de ses expériences.

## Choix de la population

Pour mener une étude de terrain efficace, la définition de l'échantillon des personnes susceptibles de participer est importante. La problématique concerne la continuité du suivi en ergothérapie entre le SSR gériatrique et le domicile. Il semble donc primordial d'interroger à la fois des ergothérapeutes travaillant en SRR gériatrique et des ergothérapeutes travaillant à



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

domicile. Pour pouvoir comparer les réponses, deux ergothérapeutes de chaque catégorie seront interrogés.

Les critères d'inclusions définit pour cette investigation sont donc les suivants :

- **SSR gériatrique** : Ergothérapeute DE, travaillant en SSR gériatrique, depuis plus d'1 an dans la structure pour qu'une coordination si elle a lieu ai pu être mise en place et accompagnant ou ayant accompagné des personnes âgées rentrant à domicile.
- **Domicile** : Ergothérapeute DE travaillant en libéral. [Les 2 dispositifs permettant un accompagnement de la personne âgée centré à la fois sur la rééducation et la réadaptation sont les HAD de réadaptation ou le libéral. Les ergothérapeutes travaillant en HAD peuvent être salarié du service ou être libéral. De plus, ce type d'HAD est peu développé en France. Pour cette étude, les entretiens seront donc réalisés auprès d'ergothérapeutes libéraux.] Ergothérapeute travaillant depuis plus d'1 an à domicile pour qu'une coordination, si elle a lieu, ai pu être mise en place et accompagnant ou ayant accompagné des personnes âgées sortant d'un SSR gériatrique

# Choix et élaboration de l'outil d'investigation

## Choix de l'outil

La recherche de type exploratoire qualitative peut être exploré grâce à différents outils d'investigation. L'outil utilisé pour mener cette recherche est l'entretien de recherche. L'entretien est un « procédé d'investigation oral basé sur un processus discursif sur le mode de la conversation visant à recueillir des informations en relation avec le but fixé » (Blanchet & al., 1987) Ces entretiens sont individuels et semi-directif avec des questions ouvertes pour favoriser la discussion et l'écoute dans un contexte de confiance. L'entretien semi-directif s'appuie sur un guide d'entretien construit en amont.

## Construction de l'outil : guide d'entretien et grille d'analyse

Deux guides d'entretiens ont été élaborées étant donné que deux types d'ergothérapeutes sont interrogés. Les guides d'entretien (Annexes C et D) ont été construits sur la base de thèmes. Les thèmes choisis sont issus de la partie théorique afin d'approfondir et établir une comparaison entre la théorie et la pratique des professionnels dans la réalité du



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

terrain. Les thèmes et les questions ont été hiérarchisés selon un ordre logique, allant du plus général au plus particulier.

Ce guide d'entretien permet de préparer les questions à aborder, il est un repère pour l'investigateur. Cependant, l'investigateur peut ne pas suivre l'ordre exacte de ce guide dans un objectif de rebondir sur les propos des interviewés pour fluidifier les échanges.

La grille d'analyse (Annexe E) reprend la grille d'entretien avec l'ajout de colonnes pour chaque personne interviewée dans lesquelles sont placés les citations correspondantes aux thèmes et aux indicateurs.

## Déroulement de l'investigation

### Recherche des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes ont été contactés par mail ou par téléphone. Les ergothérapeutes du SSR étaient des connaissances de stage, il n'a donc pas été difficile d'avoir des réponses. Deux ergothérapeutes travaillant en SSR ont été contactés et ont répondu positivement. Concernant les ergothérapeutes travaillant en libéral, la recherche a été plus laborieuse. Dix ergothérapeutes libéraux ont été contactés de début mars à mi-avril. Deux ergothérapeutes n'ont pas donné suite aux contacts effectués. Six ergothérapeutes ont répondu aux appels mais ont décliné la demande étant donné qu'ils n'avaient jamais accompagnés de personnes âgées sortant d'un SRR. Deux ergothérapeutes, au profil très différents ont répondu positivement à la demande, ils m'avaient cependant bien précisé, qu'ils avaient accompagnés que très peu de personnes correspondant à ma population cible.

Les recherches ont débuté début mars et le dernier entretien s'est déroulé le 24 avril.

### Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans un environnement calme, en présence de l'investigateur et de l'ergothérapeute investigué. Deux entretiens se sont déroulés en présentiel sur le lieu de travail de l'ergothérapeute. Pour des contraintes organisationnelles (temps et emplacements géographique), les deux autres entretiens se sont déroulés en visio-conférence par l'intermédiaire de google meets.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Les entretiens réalisés ont durée entre 40 min et 1h15. Avant chaque début d'entretien, les règles éthiques ont été rappelées ainsi que l'objet de l'investigation.

## Méthode d'analyse des données

Chaque entretien a ensuite été retranscrit et relu dans son intégralité pour en extraire et classer les verbatims correspondant aux différents items et indicateurs dans la grille d'analyse. Par la suite, une analyse transversale a été réalisée, pour comparer les éléments entre les différents discours des professionnels. Des termes et des idées clés semblables ou divergents ont été identifiés et reformulés pour faciliter l'analyse.

## Aspects éthiques

Les entretiens réalisés ont été enregistrés afin de pouvoir réaliser une retranscription fidèle aux propos énoncés. Les personnes interviewées ont été informés en amont de l'entretien de cet aspect. Afin de garantir l'anonymat des personnes investiguées, un formulaire de consentement leur a été transmis en amont les informant que les données seraient anonymisés, les retranscriptions non publiées et les enregistrements détruits à la fin de ce travail. Toutes ces informations ont été rappelées en début de chaque entretien pour recueillir un consentement oral supplémentaire.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Résultats et Analyse

## Présentation des participants

Le profil des quatre ergothérapeutes interrogés est très divers. Elles ont obtenu leur diplôme il y a ***« 18 ans »*** pour E1 ; ***« en 2019 »*** pour E2, ***« en juin 2007 »*** pour E3 et ***« en 1987 »*** pour E4.

Toutes les quatre ont de l'expérience en SSR. E1 travaille depuis ***« 18 ans […] en gériatrie »*** dans différents services de ***« SSR » ;*** E2 travaille depuis son diplôme en gériatrie avec un activité principale en ***« SSR gériatrique ».*** E3 a ***« beaucoup au départ exercé en SSR »*** et E4 a ***travaillé pendant 25 ans […] aux H***»,*** un SSR de son secteur.

Actuellement E1 et E2 travaillent toujours en SSR, avec ***« un petit temps sur le long séjour*** » pour E1 et « ***un petit temps aux soins palliatifs »*** pour E2. E3 et E4 travaillent quant à elles en libéral : « ***j'exerce depuis 2016 en libéral »,*** avec ***« principalement de la pédiatrie »,*** et ***« des demandes pour des adultes, des personnes âgées […] en pointillé »*** (E3) ; « ***ESAD […] et puis une partie libérale aussi où j'ai essentiellement une population gériatrique »*** (E4). E4 précise travailler en libéral l'équivalent d'une journée par semaine.

## L'accompagnement en ergothérapie auprès des personnes âgées rentrant à domicile après le SSR

### Des personnes âgées aux niveaux de dépendance différents

Les ergothérapeutes du SSR et les ergothérapeutes libéraux ne semblent pas intervenir auprès du même public. E1 et E2 accompagnent des personnes assez âgées, faisant parties du 4ème âge : ***« la moyenne d'âge, […] des patients accueillis ici est de […] 87 ans »***, (E1) ***« de 71 ans à […] 102 »*** (E2). E1 rajoute : ***« la personne âgée étant par nature polypathologique », « on est […] en lien avec des gens qui sont très, très dépendant », « des patients ayant des troubles cognitifs pour beaucoup. »*** E2 confirme : ***« il y a vraiment du polypatho ».*** Contrairement aux ergothérapeutes du SSR, E3 accompagnent des personnes moins dépendantes : ***« ça va être du GIR 2 à 5. Donc […] plutôt autour de 3 ».***

Les ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que ces personnes âgées sont plus ou moins entourées. E1 dit ***« il y a de tout. […] Je pense que la grande majorité a quand même***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

***un aidant proche, naturel, à proximité. »*** E2 rajoute ***« Des fois c'est un peu trop. Et des fois […] ils sont vraiment isolés. »*** E4 complète ***« des gens […] qui sont sous tutelle. »***

E1 et E2 expliquent que parmi les personnes âgées accueilles en SSR, la moitié rentre à domicile : pour E1 ***« c'est plus que la moitié »*** pour E2 ***« quand même 50% ».*** Pour le public suivi à domicile très peu sont des personnes âgées venant d'un SSR : pour E3 ***« entre 5 et 10% »*** et pour E4 ***« peut-être un quart, mais même pas ».*** E4 insiste : ***« en sortie de SSR, j'en ai très peu ».***

## L'évaluation de la personne âgée

Dans le cas des quatre ergothérapeutes une évaluation initiale est réalisée. E1 et E2 utilisent l' ***« entretien et mises en situation »*** (E2), ***« une évaluation de la personne, donc de ses capacités […] qui peut se faire soit par un entretien soit par des mises en situation […] évaluation toilette habillage »*** (E1). E2 rajoute « ***des bilans maison »*** pour évaluer les capacités de la personne. E3 et E4 réévaluent également la personne une fois rentrée à domicile. E3 fait ***« une première évaluation qui équivaut un peu à une MIF […], pour avoir des éléments un peu objectifs »*** et E4 refait ***« un premier bilan avec la personne, avec son entourage s'il y en a »*** qui passe par un ***« recueil d'informations […] après en fonction de la pathologie ça va être des bilans ».***

L'évaluation finale est mentionnée par un seul ergothérapeute. A la sortie, E2 explique : ***« on refait […], le bilan d'entrée ».***

## Les objectifs d'accompagnement

Les ergothérapeutes interviewés prennent en compte les aptitudes de la personne. E2 ***« repasse tout en revu ce qu'ils étaient capables de faire […] et ce qu'ils sont capables de faire en chambre »,*** E1 ***« passe quand même par une évaluation de la personne donc de ses capacités »***, E3 dit ***« évaluer les capacités de la personnes »*** et E4 utilise ***« des bilans types »*** en fonction de la pathologie.

En SSR, une importance est également donnée à l'indépendance dans les activités du quotidien et notamment dans les activités basales de la vie quotidienne. E1 cherche à comprendre ce que la personne ***« est capable de faire au quotidien, dans le service »*** et E2 s'applique à travailler sur ***« l'indépendance en chambre […] toilette, habillage, transfert,***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

***déplacements ».*** Cet objectif d'intervention n'est cependant pas retrouvé à domicile pour E3. E4 exprime simplement la ***« poursuite du travail au niveau des transferts »*** et ***« qu'il puisse se déplacer ».*** L'indépendance dans la toilette et l'habillage n'est pas évoquée à domicile.

A domicile, E3 se cible ***« sur la plainte occupationnelle », « les activités prioritaires. »*** E4 travaille aussi sur ***« les centres d'intérêts de la personne, ses activités de loisirs qu'elle pratiquait avant. »*** Cet objectif est aussi abordé en SSR. E1 travaille l' ***« appropriation des progrès qui peuvent être faits en kiné sur les habitudes de vie quotidienne. »*** E1 et E2 travaillent ***« les loisirs aussi généralement »*** (E2).

Enfin, les quatre ergothérapeutes interrogés prennent en compte l'environnement physique et humain de la personne : ***« son environnement, de son cadre de vie »*** (E1), ***« le domicile, […] s'il y a des aides, déjà en place. »*** (E2), ***« juger [...] son environnement, qui est ce qu'elle voit »*** (E3), ***« l'environnement humain, […] l'environnement matériel […] faire le point au niveau du logement*** » (E4).

### Une action sur les rôles sociaux peu décrite

Les rôles sociaux sont un objectif d'intervention peu retrouvé dans l'investigation. Selon E2, ***« les rôles sociaux, […] je les travaille pas. »*** Pour E1, cela s'explique par le fait qu' « ***on a vraiment une population qui est souvent très limitée en termes de rôle social, actif »*** Malgré ça E1 exprime avoir quelques actions sur ce rôle social : ***« j'ai eu quelques personnes qui venaient pour un épisode aigu qui étaient, aidant principal, de leur conjoint. […] dans ces cas-là, lors de la préparation du retour à domicile, si je suis interpellée, je tâche […], d'être attentif aussi à proposer des choses pour l'aidant principal, qui rentre chez lui et qui va aider à nouveau son conjoint. »***

A domicile, E4 précise ***« pas particulièrement non. Parce qu'il y a tellement d'autres choses déjà à faire pour la vie quotidienne, on va dire des activités basales que le rôle social, c'est vrai que ça doit passer un petit peu après […] après, si, ça peut être des discussions autour de la famille, des petits-enfants […] réinscrire la personne dans son environnement social. Plus à ce niveau-là que de reprendre vraiment un rôle. »*** Quant à elle, E3 explique le faire ***« de manière indirecte […] en reprenant des activités qui font sens pour la personne […] et puis souvent on ne reprend pas le rôle à l'identique », « c'est des fois plus de se déporter […] sur d'autres rôles sociaux ».***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

L'action sur les rôles sociaux n'est pas un objectif d'accompagnement spontanément évoqué et travaillé par les ergothérapeutes interrogés.

## Des moyens d'intervention variés

### 1. Une approche de la rééducation différente

La rééducation est un moyen d'intervention évoqué par tous les ergothérapeutes. Ils ne l'utilisent cependant pas de la même manière. E1 explique ***« une catégorie plus rééducative, mais qu'on a un peu du mal à mettre en œuvre parce qu'on n'est pas assez nombreux. »*** En revanche, E2 exprime avoir ***« un versant rééducation, quand c'est membre sup, où là il y a quand même pas mal de suivi. »***

E3 assure, ***« quand je travaillais en SSR, je trouvais que justement on agissait beaucoup sur la sphère de la personne […] en se disant […] il y a une perte cognitive, il y a une perte motrice, il faut absolument qu'elle récupère […] pour qu'après elle arrive à s'investir sur des activités occupationnelles ».*** Elle décrit donc une approche top-down en SSR contrairement à son intervention à domicile qui est plutôt bottom-up ***« on va pas […] rééduquer sa mémoire de manière un peu analytique s'il y a pas de sens derrière avec une activité quotidienne […] à travers cette activité, si elle s'engage elle va travailler sa mémoire, elle va travailler ses gestes. »*** E4 ne décrit pas la même approche de la rééducation à domicile : ***« c'est plutôt à partir de jeux, la rééducation »***, c'est un ***« entretien des capacités »*** (E4).

### 2. La réadaptation au cœur de l'accompagnement

Que ça soit à domicile ou en SSR, une grande part de l'accompagnement de la personne âgée rentrant à domicile est centrée sur la réadaptation.

En SSR, des préconisations d'aides techniques, des essais de matériels et des conseils d'aménagements sont mis en place : ***« ça passe par du contact auprès des revendeurs, des fournisseurs [...] Par des essais de matériel. »*** (E1) ***« Parce que ça fait aussi partie de notre tâche […] l'acceptation des aides techniques, des aides humaines et de l'aménagement »*** (E1), du ***« conseil en aménagement. »*** (E2). Pour s'assurer de la mise en place des préconisations les ergothérapeutes expliquent : ***« on va jusqu'à, parfois, s'assurer de la livraison effective du matériel, de l'aménagement effectif, de la mise en place effective des***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

***aides »*** (E1), ***« on organise les livraisons de matériel avec les revendeurs quand c'est des personnes un peu plus isolées »*** (E2).

A domicile, les ergothérapeutes revoient l'utilisation du matériel préconisé en SSR : ***« je vais les retester pour bien formuler avec l'aidant et la personne la bonne utilisation »*** (E3), ***« faire de l'apprentissage de l'utilisation du fauteuil »*** (E4). Parfois, les ergothérapeutes du domicile peuvent mettre en place du nouveau matériel : ***« je mets en place du matériel »*** (E3) ***« après c'est plus rajouter des barres là où ça manque pour favoriser un déplacement ou un transfert. »*** (E4). E1 trouve cette approche intéressante et suggère : ***« je verrai bien quelque chose comme ça, en libéral, avec […] deux interventions […] une pour faire le relais, vérifier que le matériel est en place, qu'il est bien utilisé, et […] une autre à distance pour une réévaluation. »***

A domicile, un deuxième versant de la réadaptation est ressorti. E3 explique ***« « former, informer, poser les limites »*** auprès de ***« l'aidant ou des fois […] les aides-soignantes »***. E4 confirme ***« on peut partager au conjoint ».*** Ce versant, formation/éducation des aidants n'est, cependant, pas ressorti dans l'intervention des ergothérapeutes du SSR.

### Une durée d'intervention fluctuante

En SSR, la durée d'intervention est bornée ***« par ce qu'on appelle la DMS, la durée moyenne de séjour »*** comme le précise E1. A domicile, il n'y a pas forcément de cadre définit. La durée d'intervention des ergothérapeutes à domicile n'est donc pas similaire. E3 exprime : ***« des fois c'est des suivis en une fois »*** alors que E4 dit ***« ça va de 15, 20, 25. »*** Les interventions des ergothérapeutes à domicile sont parfois plus ponctuelles et ne s'inscrivent pas forcément dans un accompagnement à long terme.

## La place du domicile dans l'accompagnement de la personne âgée

### Les professionnels autour du domicile

Face au retour à domicile, différents professionnels peuvent être sollicités. E1 et E2 expliquent que le médecin, l'ergothérapeute et l'assistante sociale sont des acteurs clés : ***« en ergothérapie, on prend le relais sur l'organisation du retour à domicile […] en lien avec l'assistante sociale. »*** (E1), ***« Les médecins, mais oui généralement c'est assistante sociale et ergo. »*** (E2). E1 rajoute ***« les cadres de santé, parce que ce sont les personnes souvent qui***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

***contactent les familles […] les cabinets infirmiers »*** et E2 les ***« rééducateurs, qui nous informent aussi de l'avancée en rééducation. »***

A domicile, les ergothérapeutes évoquent le ***« kiné ou une infirmière »*** (E3), ***« les aides-soignantes »*** (E3) et ***« l'orthophoniste »*** (E4). E4 rajoute être en contact avec le ***« médecin prescripteur », « des SSIAD aussi ».*** L'assistante sociale n'est cependant pas mentionnée par les ergothérapeutes du domicile.

Enfin, les ergothérapeutes du SSR expliquent que le contact avec les professionnels du domicile doit se faire ***« dès l'hospitalisation, vers la fin de l'hospitalisation »*** (E1), E2 confirme : ***« la semaine avant la sortie ».***

## La préparation du retour à domicile en SSR

### 1. La nécessité de s'adapter aux différentes contraintes

Pour E1 et E2, l'organisation du retour à domicile dans leur service est différente. Pour E1, la durée moyenne de séjour fait qu' « ***on ne peut pas garder aussi longtemps que ce qu'on voudrait, certains patients en rééducation. »*** La sortie est généralement préparée quelques semaines en amont dans l'établissement d'E1. Alors que pour E2 ***« quand ils rentrent à domicile, on le sait déjà d'entrée »*** et ***« quand je sais qu'il y a une date de sortie, là, on commence vraiment à préparer en amont. »***

Cependant, comme le souligne E1, certaines contraintes obligent les ergothérapeutes à adapter cette préparation du retour à domicile ***: « On est contraint par la population, [...] un patient âgé, il peut avoir une période de mieux, qui peut aussi être la bonne fenêtre de tir pour sortir. Et que parfois, si on attend trop, il peut y avoir soit un peu d'hospitalisme où les gens […] se désadaptent complètement de leur domicile »*** (E1) et ***« On peut être amené à avancer un retour à domicile parce que […] il y a des aides qui sont disponibles là tout de suite, ou dans trois jours. »*** (E1)

### 2. La visite à domicile (VAD), un outil utilisé par les ergothérapeutes

Les deux ergothérapeutes du SSR ont évoqué l'utilisation de la VAD dans la préparation du retour à domicile. ***« Ça peut passer par une visite à domicile. Quand on estime […] qu'il va y avoir des nouveaux besoins en termes d'aménagements, de matériel. […] Parfois, la visite à domicile, elle est intéressante aussi pour mettre la personne en situation. [...] C'est***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

***utile lorsqu'il y a des hospitalisations longues et que la personne, elle sait quand même désadaptée ou qu'il y a […] une perte de repère concernant domicile. »*** (E1) ***« Quand il y a peu d'aidants à domicile ou qu'il n'y en avait pas »*** (E1). E2 confirme que ces VAD sont utilisées seulement dans certains cas : ***« la personne est entourée, mais qu'on voit que c'est quand même compliqué […] Quand les personnes sont isolées, qu'on sait qu'il y aura pas de suivi après derrière. »***

Les ergothérapeutes interviewés ne sont cependant pas d'accord sur la fréquence d'utilisation de cet outil. E1 dit : ***« environ, […] une par semaine. »*** Pour E2, ces VAD ***« sont plutôt rare. »*** E4 ajoute ***« il y a très peu de visites à domicile qui sont effectuées. »***

### L'environnement écologique du domicile

Les ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que le domicile est un environnement particulier par rapport à celui du SSR : ***« la mise en situation au domicile, elle nous permet aussi de faire […] l'évaluation écologique, qui nous permet […] de nous rendre compte vraiment des capacités. Parce que l'évaluation qu'on peut faire ici elle est quand même très limitée »*** (E1). E3, préfère voir les personnes âgées dans leur domicile car, selon elle ***: « si c'est pour vous voir hors de votre contexte, ça sert pas à grand-chose […] il y a quand même beaucoup de plaintes avec la motricité, il y a de la sphère cognitive qui est touchée mais faut vraiment […] mettre ça dans l'environnement, le contexte de vie [...] A l'hôpital, ils sont vus dans leur chambre. C'est un contexte neutre. »*** E4 rajoute « ***on a un travail qui est beaucoup plus important avec l'aidant. »***

## La collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile dans un objectif de continuité du suivi après la sortie

### Une poursuite rare de l'accompagnement en ergothérapie à domicile

Les ergothérapeutes interrogés affirment que l'orientation de la personne âgée vers la poursuite d'un suivi en ergothérapie à domicile est très rare : « ***Au domicile, […], c'est très rare »*** (E1), ***« ergo, c'est très, très rare »*** (E2). E3 rajoute ***« c'est souvent des orientations très spécifiques. »*** En effet, les ergothérapeutes du SSR sont d'accord pour dire qu'ils ont rarement orienté les personnes vers un ergothérapeute libéral : ***« de temps en temps, […], je fais appel à des collègues en libéral. »*** (E1), « ***ça m'est arrivé une fois depuis deux ans que je suis là. […]***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

***Parce qu'elle était en demande justement »*** (E2). Quelques orientations sont, cependant, faites vers des ergothérapeutes d'autres organismes : ***« SSIAD, HAD »*** pour E2 et, pour E1, vers ***« les ESAD pour les retours à domicile qui le nécessitent »*** ou ***« pour ces gens-là, qui présentent une fragilité plus importante, parfois la MAIA, […] qu'on interpelle ».*** E1 précise que l'EMG n'est pas un dispositif qu'il sollicite pour des interventions à domicile suite à une hospitalisation.

Quant à l'adressage, il n'y a pas vraiment de règle, E1 explique que c'est l'ergothérapeute qui oriente : ***« je leur ai proposé »,*** E2 rapporte ***« c'est plus en discussion pluri »***, E3 affirme ***« on a très peu d'orientation par les médecins […] C'est plutôt le rééducateur qui suit la personne »*** alors que E4 dit : ***« parce que moi j'en avais plusieurs qui m'avaient été orientés par mes collègues avec qui j'ai travaillé des années ».***

Enfin, à domicile, les personnes âgées ne sont pas vu au même stade ***: « alors toutes celles que j'ai suivies à la sortie du SSR c'était directement après la sortie. »*** (E4). E3 n'a cependant pas eu la même expérience, d'après elle, l'orientation ***« souvent, c'est à postériori. […] c'est pas direct après la sortie »***

## Le lien ou l'absence de lien entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile

### 1. Les modalités

Aucun lien direct n'est décrit par les ergothérapeutes du SSR avec les ergothérapeutes libéraux : ***« c'est-à-dire qu'on donne une liste, on donne des contacts et on sait pas trop ce qui se passe après »*** (E1), ***« on a très peu de lien avec les ergothérapeutes libéraux »*** (E1) ***« le compte rendu, c'était la dame qui l'avait dans son dossier. Donc je sais même pas si elle a contacté une ergo derrière. »*** (E2)

A la différence de sa consœur, E2 rajoute avoir des contacts avec des ergothérapeutes travaillant en SSIAD : ***« alors généralement ça c'est par téléphone. On confirme par mail ».***

Quant à eux, les ergothérapeutes libéraux expriment chercher à faire du lien avec leur confrère du SSR : ***« je cherche à avoir des comptes rendus »*** (E3), ***« si c'est un service où il y a des ergo et ben je contacte quand même mes collègues ergo »*** (E4). E3 exprime ne pas avoir d'informations concernant le suivi antérieur ***« si nous on se met pas en lien ».***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

### 2. La nature des informations transmises

E1 n'ayant pas de contact avec les ergothérapeutes du domicile, aucunes informations ne sont transmises. E2 transmet les objectifs d'intervention en SSR ainsi que les aides techniques mises en place : ***« J'ai déjà eu des contacts avec des ergo de SSIAD […] pour la mise en place […] des aides techniques »***, ***« j 'avais transmis un petit peu ce qu'on travaillait, pour qu'elle puisse le travailler à domicile. »***

Ces informations ne sont pas forcément retrouvées dans le discours des ergothérapeutes libéraux. E3 exprime : ***« j'ai pas d'éléments médicaux, […] il y a des choses qui me manque. »*** E4 contredit ***« c'était très riche parce que comme je les connais très bien […] elles me passaient leurs bilans et je savais vraiment ce qui avait été fait. »*** Mais lorsqu'elle ne connait pas les ergothérapeutes du SSR : ***« on a le compte rendu d'hospitalisation qui est fait par le médecin, où de temps en temps il y a 2-3 lignes de l'ergo […] qui retracent pas les bilans qu'elle a pu faire ou la prise en charge qu'elle a pu faire. Et je dirais, on a un statut fonctionnel et puis c'est tout ce qu'on a. »***

## Les limites de cette continuité du suivi à domicile

### 1. Le financement

La principale limite ressortie à travers le discours des quatre ergothérapeutes est ***« surtout financier »*** (E3), ***« l'absence de nomenclature et de remboursement »*** (E1). E1 exprime : ***« j'ai quand même beaucoup de mal à proposer […] une prise en charge […] il y a quand même beaucoup de gens pour qui déjà dépensé 30 ou 35 euros pour une planche de bain, c'est déjà compliqué. »*** E4 confirme : ***« elles n'orientent peut-être pas parce qu'elles savent que les gens n'ont pas beaucoup de moyens, donc […] plutôt que de faire miroiter on préfère ne pas en parler. »*** Elle ajoute aussi : ***« le financement APA pour les aides humaines […] est déjà totalement pris la plupart du temps pour […] les aides à domicile. Donc il reste pas de financement pour les séances d'ergo. »***

### 2. La méconnaissance de l'ergothérapie

La méconnaissance de l'ergothérapie est également une limite exprimée par les ergothérapeutes. E2 affirme : ***« c'est méconnu. »*** E3 confirme : ***« la réalité elle est qu'ils sortent de l'hôpital, ils ont beaucoup l'instinct de suivre la kiné et des soins auprès des infirmières ou l'orthophonie et l'ergo […] ça rentre pas dans les représentations et les***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

***habitudes. »*** E4 rajoute ***« je pense déjà que les médecins ne pensent pas forcément à prescrire en sortie de SSR une continuité de prise en charge par l'ergo. »***

### 3. La multiplicité des intervenants et des pratiques à domicile

Selon E1 ***« il y a beaucoup de prestataires autour du domicile […] ça n'aide pas […] à se repérer et […] d'avoir des actions efficaces et ciblées avec l'ensemble des prestataires. »*** E3 rajoute : ***« c'est qu'il y a beaucoup d'intervenants en libéral […] il y a d'autres professionnels qui grignotent sur nos compétences. »*** En effet, E2 explique ***« généralement ils ont l'ordonnance de kiné quand ils sortent. Donc […] ils vont finir leur rééducation chez le kiné ».*** Selon elle, le remboursement des séances de kinésithérapie à domicile, contrairement à l'ergothérapie, quand une poursuite de la rééducation est nécessaire, peut expliquer l'orientation vers le professionnel libéral.

Enfin, E1 s'exprime sur la diversité des pratiques en libéral : ***« parce que l'hôpital est quelque chose […] d'assez harmonisé […] Et ce qui est intéressant, justement de voir que l'autre côté, en libéral, on a un éclatement des pratiques. Et que donc, ça rejoint ce qu'on disait tout à l'heure sur la difficulté de pouvoir se positionner. »***

### 4. Les contraintes organisationnelles

Selon E1 : ***« je pense qu'il y a des situations qui nous échappent ici à l'hôpital, parce qu'on nous adresse pas tout le monde. »*** E2 pense, elle, que la limite est temporelle : ***« je pense que ça demanderait un temps énorme »***. Cette contrainte apparait seulement dans le discours de ergothérapeutes du SSR.

### 5. La coordination ville-hôpital

Selon les ergothérapeutes du SSR, le manque de lien avec des ergothérapeutes libéraux est également une limite importante. E1 exprime : ***« j'ai peu de lien avec les ergothérapeutes libéral. Je pense que d'une manière générale, l'hôpital tout court [...] C'est vraiment un écueil […] Le lien ville-hôpital » « peut-être que si on avait des contacts un peu plus étroits avec deux, trois ergothérapeutes libéraux du secteur, parce globalement, on est aussi sectorisés. Peut-être que j'hésiterais moins. »*** E2 rajoute « ***j'ai pas eu de retour*** » sur les orientations qu'elle a pu faire vers un ergothérapeute libéral.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Cette limite est également le deuxième frein évoqué uniquement par les ergothérapeutes du SSR.

## Les alternatives à cette limite de continuité du suivi à domicile

Les ergothérapeutes interrogés évoquent les mutuelles comme alternative à l'écueil financier : ***« les mutuelles proposent maintenant, pour certaines […] Je sais pas, trois, ou quatre séances d'ergothérapie remboursées à l'année. […] ça peut être suffisant pour déclencher la prise en charge. »*** (E1) ***« je leur dis bien qu'il y a les mutuelles, […] après celle qui ont eu une maladie déclarée avant 60 ans, la PCH. »*** (E3) ***« Certaines mutuelles où c'est huit fois dans l'année à hauteur de 30 euros la séance. »*** (E4)

En réponse à l'écueil financier, E2 rajoute une alternative qu'elle utilise actuellement : ***« en SSIAD […] on peut avoir le suivi après du coup avec l'ergo, si y en a une, ou une responsable ou infirmière co, […] à la sortie. »*** Selon elle, la mise en place d'un SSIAD pour des aides à domicile, permet, quand un ergothérapeute en fait partie, d'avoir un relais avec ce dernier pour s'assurer de la mise en place des préconisations, à domicile. E1 évoque également la mise en place d' ***« une HAD de réadaptation qui, […], serait intéressante, parce que […] elle ferait ce lien-là, entre la fin de la prise en charge ici, ce temps de réadaptation au domicile, le lien avec les aidants au domicile, les aidants professionnels. Les échanges de pratiques. »*** Effectivement l'HAD propose une intervention de l'ergothérapeute remboursée contrairement au libéral.

Pour favoriser la coordination ville-hôpital, E3 évoque la plateforme MonSisra : ***« sinon moi je pensais à des plateformes, par exemple MonSisra c'est une plateforme de communication entre médico et paramédicaux, ça peut être ne serait-ce que si le SSR a fait un CR, nous l'adresser et le transmettre […] C'est une plateforme sécurisée. »***

## Des avis partagés quant à l'intérêt d'une visite à domicile de collaboration

### 1. L'intérêt

A cours des entretiens une VAD de collaboration a été proposée aux ergothérapeutes comme moyen de collaboration entre le SSR et le domicile pour favoriser la continuité du suivi à domicile. L'intérêt porté à ce moyen de collaboration est, cependant, partagé. Les ergothérapeutes du libéral semblent y voir plus d'intérêt que les ergothérapeutes travaillant



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

en SSR. E3 dit ***« la visite à domicile c'est une rencontre humaine donc les écrans, les interfaces numériques pour moi ça ne remplacera jamais l'humain […] le professionnel à l'hôpital avec leur système sécurisé c'est hyper galère en général. [...] Et puis ça permet de s'ajuster, […] d'ajuster le discours qu'ont l'hôpital par rapport aux réalités à domicile. Et puis le patient qui est au milieu […] qu'il se sente inclus dedans ».*** E4 est d'accord sur un point : ***« on pourrait discuter directement avec l'ergo ».*** Elle n'arrive cependant pas à trouver d'autres intérêts : ***« je ne sais pas si ça serait bien ou pas ».***

E2 à, quant à elle, un avis bien tranché : ***« je pense pas. Parce […] qu'il y a déjà les infos de transmises […] je trouve qu'on n'a pas besoin d'être deux. »*** E1 rajoute : ***« l'intérêt me paraît assez limité s'il n'y a pas de suivi derrière. »*** Dans le cadre d'un suivi centré sur la réadaptation, E1 trouve cependant ***« qu'une visite commune serait vraiment intéressante […] Après, en termes de rééducation pure, pas forcément. »***

### 2. Les limites

Les ergothérapeutes du SSR s'accordent à dire que la principale limite de cette VAD serait organisationnelle : ***« c'est en particulier la disponibilité, la coordination entre nos disponibilités aux uns et aux autres »*** (E1), ***« je préfère, en termes de gain de temps, transmettre moi les infos, ce que je sais et ce que je préconise sans avoir vu le domicile »*** (E2), ***« je trouve ça dommage de me déplacer en plus, alors qu'il y a déjà une ergo sur place »*** (E2). E4 est également d'accord pour dire que : ***« l'éloignement géographique du SSR par rapport au lieu d'habitation de la personne »*** peut être une limite. Les contraintes organisationnelles seraient, principalement, une limite pour le SSR.

E1 et E3 rajoutent que la limite peut également être ***« en termes de financement »*** (E1), ***« c'est de se dire qui va financer l'intervention de l'ergo en libéral »*** (E3).

Contrairement à ce qu'avait pu dire E3 dans les intérêts du VAD de collaboration, selon E4 ***« la présence du patient »*** pourrait être une limite.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Discussion

## Interprétation des résultats par rapport à la théorie

### L'accompagnement de la personne âgée rentrant à domicile après un séjour en SSR centré sur le modèle du MDH-PPH2

L'accompagnement proposé par les ergothérapeutes que ça soit en SSR ou dans le cadre du libéral reste similaire, bien que chacun ait conscience de la place du domicile de la personne dans la réalisation de ses habitudes de vie.

Même si, les ergothérapeutes interrogés ne pensent pas utiliser de modèle conceptuel, leurs réponses concernant leurs objectifs d'accompagnement peuvent être classées dans les grandes thématiques proposées par le modèle du PPH utilisé dans la théorie.

#### 1. Les facteurs personnels

Les facteurs personnels comprennent les facteurs identitaires, le système organique et les aptitudes. Les aptitudes sont abordées par tous les ergothérapeutes interrogés. Ce point diffère de la théorie, étant donné que les aptitudes étaient un objectif d'intervention retrouvé uniquement en SSR, dans un environnement standardisé.

Que ça soit à domicile ou en SSR, les aptitudes de la personne âgées sont évaluées par l'intermédiaire de différentes méthodes et travaillées grâce à la rééducation. Tous les ergothérapeutes n'utilisent pas la même approche de la rééducation, mais il n'y a pas de dichotomie entre le SSR et le domicile.

#### 2. Les facteurs environnementaux

En accord avec les données théoriques, les facteurs environnementaux représentent un des objectifs de l'accompagnement en SSR et à domicile. En effet, ceux-ci sont évalués et des actions sont proposées pour les adapter. Des conseils d'aménagement du domicile sont donnés en SSR tout comme à domicile, une importance est également accordée à l'environnement social. Il n'est donc pas forcément nécessaire d'être au domicile pour pouvoir agir sur l'environnement, cela est possible du SSR, le fait d'être sur place peut, cependant, faciliter la mise en place de conseils d'aménagement et la réévaluation de ceux-ci.

Les propos ressortis par les ergothérapeutes interrogés restent cependant très axés sur le micro-environnement de la personne, c'est-à-dire son domicile et son entourage proche.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

### 3. Les habitudes de vie

#### *a. Les activités courantes*

D'après la revue de littérature, l'accompagnement de la personne dans la réalisation ses activités courantes est un objectif principalement abordé en SSR. Cependant, les résultats montrent que ces activités courantes sont également évaluées et travaillées à domicile. Un point de divergence est tout de même mis en évidence. L'accompagnement en SSR est principalement axé sur les activités basales de la vie quotidienne (toilette, habillage, transferts, déplacements, repas), les activités instrumentales ont été peu mentionnée. Le SSR favorise donc un suivi fonctionnel pour un retour sécuritaire à domicile. Contrairement à cet accompagnement, les ergothérapeutes du domicile ont explicité centrer leur accompagnement sur les activités instrumentales, les transferts, les déplacements mais non sur la toilette et l'habillage.

Cette divergence dans le choix des activités peut s'expliquer par diverses raisons : la première étant que ces compétences ont été suffisamment travaillées en SSR et sont acquises à la sortie, la deuxième étant l'évolution des besoins dû au changement d'environnement, au changement d'organisation à domicile et aux aides déjà mises en place et la troisième étant la différence de niveau de dépendance entre le SSR et le domicile, peut-être dû à une orientation différente à la suite du SSR en fonction de la dépendance de la personne.

#### *b. Les rôles sociaux*

Dans la théorie, la réinsertion à domicile implique une reprise des rôles sociaux dans laquelle les ergothérapeutes du domicile auraient un rôle à jouer. Il est précisé dans la littérature que cet objectif d'intervention est encore peu mobilisé. En effet, les ergothérapeutes interrogés n'ont décrit que très peu d'action dessus. Les ergothérapeutes du domicile expliquent ne pas avoir d'action directe sur le rôle social et accorder davantage d'importance à la réinsertion dans un environnement social. Cependant, un ergothérapeute du SSR a précisé avoir quelques actions sur les rôles sociaux dans un cas bien précis, la personne âgée aidante de son/sa conjoint(e). En pratique, l'accompagnement centré sur la reprise des rôles sociaux ne semblent donc pas réservée au domicile et est encore peu mobilisée.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

L'accompagnement proposé à la personne âgée que ce soit en SSR et à domicile est essentiellement centré sur les aptitudes de la personne, son micro-environnement et ses activités courantes. Peu de place est laissée à l'accompagnement vers une reprise des rôles sociaux, qui n'est pas spontanément évoquée par l'ergothérapeutes. Cette similitude entre les deux suivis peut s'expliquer par le peu de recul qu'ont les ergothérapeutes sur le suivi qu'ils peuvent proposer à domicile. En effet, très peu d'orientation vers une poursuite d'un suivi à domicile depuis le SSR n'ont été décrite.

## L'orientation vers un suivi en ergothérapie à domicile

Suite aux recherches théoriques, il a été mis en évidence que « l'ergothérapie améliore l'indépendance des patients et leur engagement dans les activités de vie quotidienne au retour à domicile » (J.-M. Caire et al., 2012) Cependant, aucune donnée chiffrés n'avait été trouvée sur le pourcentage d'orientation vers un suivi en ergothérapie à domicile.

Les résultats ont mis en évidence que l'orientation depuis le SSR vers un suivi à domicile, en libéral, est très rare. En effet, les ergothérapeutes libéraux expriment qu'entre 5 et moins de 25% de leur clientèle correspondent à des personnes âgées sortant d'un SSR. Une grande majorité des ergothérapeutes libéraux interviennent en pédiatrie. Comme l'a expliqué E4 il est très difficile de se spécialiser en gériatrie, en libéral : il y a peu de demandes et quand une demande est faite elle est très spécifique. Cela peut s'expliquer par l'absence de nomenclature pour l'ergothérapie mais aussi par l'absence d'aides complémentaires pour la gériatrie. A part certaines mutuelles, aucune aide ne permet de financer un accompagnement en ergothérapie sur plusieurs séances auprès d'une population âgée, contrairement à la pédiatrie ou la population adulte. (Amandine Verne & ANFE, 2020) De plus, cette faible orientation vers une poursuite du suivi peut s'expliquer par la méconnaissance de l'ergothérapie à domicile en gériatrie. Pour autant tous les ergothérapeutes interrogés confirment un intérêt à la poursuite de cet accompagnement à domicile.

Les ergothérapeutes du SSR orientent plus facilement vers des ergothérapeutes rattachés à une équipe ou un organisme, comme l'HAD, le SSIAD ou l'ESAD. Cette orientation reste tout de même rare. La raison est surement financière étant donné qu'une intervention d'un ergothérapeute, à domicile, travaillant dans ces dispositifs est remboursée par la sécurité sociale. (Direction de l'information légale et administrative, 2021b) (CNSA, 2022c) De plus,



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

comme expliqué dans la partie précédente, les personnes âgées accompagnées en SSR sont essentiellement dépendantes (GIR 1 à 2). On peut considérer que le niveau de dépendance est corrélé avec le nombre d'intervenants à domicile qui est plus important dans le cas d'une personne polypathologique. L'orientation vers un ergothérapeute intégré dans une équipe pluridisciplinaire est peut-être privilégiée cela permettant d'avoir une seule interface, plus simple pour assurer un lien entre le SSR et le domicile.

Enfin, dans la théorie, l'orientation vers un suivi à domicile peut se faire au moment de l'évaluation sommative. En réalité, cette évaluation finale est peu réalisée selon les ergothérapeutes interrogés. Cela a donc peut être un impact sur le nombre d'orientation vers une poursuite du suivi à domicile, même si ce n'est pas une limite qui a été énoncée par les ergothérapeutes.

## La collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et les ergothérapeutes libéraux

La poursuite d'un suivi à domicile auprès de la personne âgée sortant de SSR est très rare. Quand poursuite il y a, la collaboration entre les ergothérapeutes est peu décrite par ces derniers. La collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile représente donc une infime partie de la pratique des ergothérapeutes. Elle est pourtant décrite en théorie comme primordiale pour faciliter la continuité du suivi à domicile.

### 1. La temporalité

En théorie, la collaboration entre les professionnels du SSR et du domicile doit se faire dès les premiers jours après la sortie. (Fournier, 2002) Les ergothérapeutes interrogés pensent eux que le lien doit se faire en amont, dès l'hospitalisation. Cela peut se comprendre par le fait que le travail indirect en ergothérapie est assez peu valorisé et une fois que la personne est sortie du SSR elle ne relève plus du professionnel qui la suivait pendant son séjour.

### 2. La transmission des informations

En théorie, la transmissions des informations peut passer par les échanges informels, les documents de fin d'hospitalisation et le dossier médical partagé. Cependant, dans la pratique, peu d'échanges informels sont décrits entre les ergothérapeutes du SSR et les libéraux sauf pour E4 lorsqu'elle connaissait personnellement l'ergothérapeute du SSR ayant suivi la



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

personne. Cet échange était cependant toujours à l'initiative de l'ergothérapeute libéral. Les échanges informels ont été davantage décrit par les ergothérapeutes travaillant en SSR avec des ergothérapeutes du domicile rattachés à un organisme ou une équipe comme l'HAD de réadaptation, l'ESAD ou le SSIAD.

En théorie, quel que soit le dispositif par lequel l'ergothérapeute intervient à domicile la transmission d'informations est primordiale, cette collaboration n'est cependant pas uniforme avec tous les dispositifs d'intervention de l'ergothérapeute à domicile dans la réalité. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il est difficile pour les ergothérapeutes du SSR d'orienter vers un ergothérapeute libéral en particulier. De plus, le patient communique rarement l'information sur son suivi à domicile. L'ergothérapeute du SSR ne sait donc pas toujours à qui les informations doivent être transmises. D'autre part, la communication semble plus simple entre structures plutôt que de structure à professionnel libéral, un temps aux actes indirectes y est peut-être spécialement dédié contrairement aux libéraux. Cependant en SSR, les ergothérapeutes expriment également ne pas avoir le temps de contacter les ergothérapeutes du domicile. Si prendre le temps de contacter les ergothérapeutes du domicile est obligatoire, ils ne le font que très rarement. En SSR, est ce que le temps dédié aux actes indirects, en ergothérapie, est-il finalement suffisant pour pouvoir mettre en place une collaboration ? Il semblerait que non.

Si les échanges informels sont rarement exploités, les documents de fin d'hospitalisation sont tout de même utilisés. En effet, les ergothérapeutes libéraux cherchent à avoir des comptes rendus pour récolter des informations sur la personne et son suivi antérieur. Cependant, les informations transmises sont essentiellement médicales et développent peu les objectifs d'intervention et préconisations de matériel réalisés en ergothérapie. Ce manque d'informations concernant le suivi antérieur entraine une réévaluation de la personne à domicile, par l'ergothérapeute libéral. Enfin, le dossier médical partagé n'a été mentionné par aucun des ergothérapeutes, ce qui coïncide avec la théorie, le DMP n'est pas développé à l'échelle nationale.

Au vu des réponses obtenus, il semble que la collaboration et le partage d'informations concernant le suivi de la personne âgée soit attendus du SSR vers le libéral et peu dans l'autre sens. Outre le fait que cette collaboration soit peu développée, il n'existe pas d'autres modes



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

d'échanges entre les ergothérapeutes que les documents écrit et quelques fois les contacts téléphoniques ou les mails. Si la visite à domicile reste un outil unanimement utilisé par les ergothérapeutes celle-ci n'est pas utilisée comme un temps de rencontre entre les professionnels. Beaucoup pensent qu'une rencontre en présentiel serait trop lourde et présenterait peu d'intérêt. En effet, les contraintes de temps, de financement et les difficultés organisationnelles valident ce résultat. En se repenchant sur la temporalité du retour à domicile et l'anticipation des besoins, il serait peut-être plus opportun de réaliser la visite à domicile de préparation de la sortie en y conviant les professionnels libéraux. Cependant, les réponses rapportées par les différents professionnels ne semblent pas aller dans le sens d'un besoin de se rencontrer. Cela peut s'expliquer par le fait que, dans la pratique, les objectifs d'accompagnement entre les deux lieux d'exercices sont similaires et non, comme attendus, vus comme une continuité entre le travail autour des activités courantes puis des rôles sociaux.

## Intérêt et limite de l'étude

Cette étude a permis de mettre en évidence l'importance d'un accompagnement en ergothérapie lors de la réinsertion à domicile. Elle a également permis de comprendre que la collaboration entre le SSR et le domicile représente une infime partie de la pratique réelle des ergothérapeutes.

Cependant, cette recherche présente des limites. En effet, peu d'ergothérapeutes ont pu être interrogés étant donné qu'une limite temporelle était donné à ce travail. De plus, les ergothérapeutes du domicile interrogés sont uniquement des libéraux, aucun autre ergothérapeute faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire intervenant à domicile n'a été interviewé. L'ergothérapie libérale n'est, cependant, pas représentative de tous les types d'accompagnements pouvant être proposés à domicile. Les réponses aux questions posées auraient peut-être été différentes en interrogeant des ergothérapeutes intervenants à domicile par l'intermédiaire d'autres dispositifs. D'autre part, étant donné que l'accompagnement de la personne âgée en libéral est peu représenté et celui de la personne âgée sortant d'un SSR encore moins, le profil des ergothérapeutes libéraux interrogés est très différent. De ce fait, ils ont peu de recul sur l'accompagnement qu'ils peuvent proposer à cette population.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

## Question de recherche et suggestions pour une poursuite d'étude

Cette recherche a été menée suite à une expérience personnelle rencontrée en stage. Pour enrichir cette expérience, une revue de littérature a été conduite aboutissant à une problématique axée sur la collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile autour de la personne âgée rentrant à domicile afin d'envisager la poursuite d'un suivi à la sortie du SSR. Suite à l'analyse des résultats, il a été mis en évidence que le suivi à domicile de la personne âgée sortant de SSR, en ergothérapie, est très peu développé. Cependant, la coordination ville-hôpital n'est pas la principale limite à la poursuite de cet accompagnement étant donné qu'elle a été énoncée uniquement par les ergothérapeutes du SSR. Il a été démontré que les deux principaux freins à cette continuité du suivi à domicile sont l'absence de financement et la méconnaissance de l'ergothérapie à domicile en gériatrie.

Avant de comprendre comment les ergothérapeutes peuvent collaborer ensemble pour envisager la continuité du suivi à domicile et vers quoi celui-ci est orienté, il serait intéressant d'étudier comment il est possible de favoriser la mise en place d'un suivi à domicile auprès des personnes âgées sortant d'un SSR en agissant sur les principales limites.

Une étude sur les difficultés de financement de l'ergothérapie en libéral serait pertinente. D'autant plus qu'il s'agit d'une question d'actualité. En effet, depuis 2022, l'ANFE, souhaite « solvabiliser l'évaluation et les interventions en ergothérapie au sein du parcours de santé avec la création d'une nomenclature d'actes ou de forfaits spécifiques en ergothérapie » (ANFE, 2022). Bien qu'il soit difficile d'agir sur ce point à notre échelle, comprendre plus précisément cette limite pourrait permettre aux ergothérapeutes du domicile de s'adapter au mieux à la situation en vigueur.

Il est également possible d'agir sur la méconnaissance de l'ergothérapie à domicile en gériatrie. Pour une poursuite d'étude, il pourrait être intéressant de comprendre ***comment l'ergothérapeute du domicile peut-il se faire connaitre de l'équipe pluridisciplinaire du SSR pour favoriser l'orientation des patients vers ce dernier à la sortie du centre ?*** Par exemple, on sait que l'ergothérapie à domicile est davantage développée en pédiatrie. Il serait intéressant de comprendre comment celle-ci s'est développée, pourquoi et s'il est possible de transposer cela à la gériatrie.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Une fois le suivi à domicile davantage développé en gériatrie, il pourrait aussi être pertinent de se pencher sur les moyens utilisés afin d'optimiser la collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile quel que soit leur dispositif d'intervention ainsi que de comprendre si cette collaboration a un impact sur les objectifs du suivi à domicile.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Conclusion

La personne âgée représente une grande majorité de la population accueillie en SSR. Parmi elle, 70% retournent à domicile. Selon l'HAS un des enjeux nationaux est de garantir la continuité du suivi à domicile à la sortie du SSR. En théorie, le retour à domicile implique un changement d'environnement qui implique une modification des capacités de la personne. En SSR, l'accompagnement est centré sur les aptitudes de la personne à réaliser des activités courantes dans un milieu standardisé, alors qu'une fois rentré à domicile c'est la participation sociale de la personne dans ses habitudes de vie qui devront être travaillées. L'ergothérapeute a donc un rôle à jouer dans cette reprise de participation sociale dans les activités courantes mais aussi dans les rôles sociaux à domicile.

Seulement, les résultats obtenus mettent en évidence que la poursuite d'un suivi à domicile est très rare en gériatrie. Les deux principales limites à cela sont l'absence de remboursement par la sécurité sociale et d'aides financières complémentaires ainsi que la méconnaissance de l'ergothérapie à domicile en gériatrie. De plus, la collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile représente une infime partie de leur pratique sur le terrain. Peu de contacts directs entre eux ne sont décrits, quelques documents écrits, essentiellement médicaux, sont transmis et une rencontre à travers une visite à domicile commune semble avoir un intérêt limité selon les ergothérapeutes interrogés. Enfin, les objectifs du suivi en SSR et à domicile restent similaires contrairement aux données théoriques.

Malgré l'intérêt que tous les ergothérapeutes portent à la poursuite d'un suivi à domicile, auprès de la personne âgée, notamment centré sur la réadaptation, ce point reste encore à la marge. A notre échelle, la méconnaissance de l'ergothérapie à domicile en gériatrie est un axe sur lequel il est possible d'agir. Des actions menées par les ergothérapeutes du domicile pourraient potentiellement favoriser l'augmentation du nombre d'orientation vers une poursuite d'un suivi à domicile en ergothérapie à la suite d'un SSR pour la population gériatrique.



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Bibliographie


Amandine Verne & ANFE. (2020). *Les différents financements possibles pour les suivis en ergothérapie en France*.

ANFE. (2022). *Propositions des ergothérapeutes face aux enjeux de la société du 21ème siècle*.

ANFE. (2021). La profession. *ANFE*. https://anfe.fr/la-profession/

Antoine, P., Quandalle, S., & Christophe, V. (2010). Vivre avec un proche malade : Évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *168*(4), 273. https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.06.012

ARS Auvergne-Rhône-Alpes. (2023, janvier 24). *Les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)*. https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac-0

Blanchet & al. (1987). *L'entretien de recherche en sciences sociales*.

BLASER, M., JOLIDON, S., & STEULLET, L. (2022). *Continuité des suivis en ergothérapie Exploration de la continuité des suivis en ergothérapie lorsque ceux-ci sont repris en ambulatoire à la sortie de l'Hôpital du Jura*.

Caire, J. M., Destaillats, J. M., Guillez, P., Hernandez, H., Izard, M.-H., Pierre Margot-Cattin, Anne Moreau, Marie-Chantal Morel, Patrik Sureau, & Eric Trouvé. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités*.

Caire, J.-M., Morestin, F., & Chabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique. Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation




(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, *35 / 142*(3), 41-55. https://doi.org/10.3917/gs.142.0041

Camus, E., Elgard, M., Jung, E., Lozac'h, C., & Pompée-Junod, A. (2016). Les proches aidants : Une question sociétale. *Association Française des aidants*. https://www.aidants.fr/proches-aidants-question-societale/

CNP de Gériatrie. (2022). *Soins de Suite et Rééducation – SSR – Annuaire CNP*. https://www.cnpgeriatrie.fr/soins-de-suite-et-reeducation-ssr/

CNSA. (2019). *Les centres d'information et de conseil sur les aides techniques*.

CNSA. (2015, février 12). *MAIA*. CNSA. https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia

CNSA. (2021b). *L'ergothérapeute*. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lergotherapeute

CNSA. (2022a). *Aidant familial, proche aidant : Quelles définitions et quelles aides ?* https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/trouver-du-soutien/aidant-familial-proche-aidant-quelles-definitions-et-quelles-aides

CNSA. (2022b). *L'APA à domicile*. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/lapa-domicile

CNSA. (2022c). *Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches| Pour les personnes âgées*. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/

CNSA & Direction de l'information légale et administrative. (2021). *Apa : Qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ?* https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Coquelet, V. (2008). *Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : Patientèle traitée et offre de soins*. 35.

Daviet, J. C., Compagnat, M., Bernikier, D., & Salle, J.-Y. (2022). Réadaptation après accident vasculaire cérébral : Retour et maintien à domicile, vie quotidienne. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *206*(5), 616-622. https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.015

Direction de l'information légale et administrative. (2021a). *À partir de quel âge peut-on partir en retraite dans le secteur privé ?* https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14043

Direction de l'information légale et administrative. (2021b). *Hospitalisation à domicile (HAD)*. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732

D.Marcant, M.-P.Bereziat, E.Chaillou, S.Gavillet, A.-F.Gueguen, & G.Gold. (2001). *Evaluer le domicile des patients hospitalisés engériatrie : Un luxe ou une nécessité ?*

DRESS. (2020). *Les personnes âgées et leurs ressources*.

DRESS. (2018). *Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016—Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population*.

Dreyer, P. (2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société*, *39 / 152*(1), 9-23. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/gs1.152.0009

Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux ?La catégorisation des âges : Ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, *34 / 138*(3), 127-142. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/gs.138.0127



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap' (MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, *21*(235), 15-19. https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003

Fournier, P. (2002). La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : Éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. *Gérontologie et société*, *25 / 100*(1), 131-147. https://doi.org/10.3917/gs.100.0131

HAS. (2014). *Fiche d'utilisation—Document de sortie*.

HAS. (2020). *Évaluation de la prise en charge soins de suite et de réadaptation (SSR) selon le référentiel de certification*.

HAS. (2004). *Sortie du monde hospitalier et le retour au domicile d'une personne adulte handicapée sur le plan moteur ou neuropsychologique*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272386/fr/sortie-du-monde-hospitalier-et-le-retour-au-domicile-d-une-personne-adulte-handicapee-sur-le-plan-moteur-ou-neuropsychologique

HAS. (2015a). *Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h

HAS. (2015b). *Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, *102*(3), 23-34. https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

INSEE. (2019). *Seniors − France, portrait social | Insee*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781

Kivits Joëlle, Balard Frédéric, Fournier Cécile, & al. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*.

Le Cossec, C., Giacopelli, M., & de Chambine, S. (2018). Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *Santé Publique*, *30*(2), 213-224. https://doi.org/10.3917/spub.182.0213

Lockwood, K. J., Taylor, N. F., Boyd, J. N., & Harding, K. E. (2017). Pre-discharge home visits by occupational therapists completed for patients following hip fracture. *Australian Occupational Therapy Journal*, *64*(1), 41-48. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12311

Luce, V. (2020). Atelier « Cuisine thérapeutique » : Préparation au retour à domicile chez des patients en soin de suite gériatrique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, *20*(116), 101-106. https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.12.001

Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*.

Mézière, A. (2019). Le SSR gériatrique dans la filière de soins. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, *19*(112), 181-183. https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.03.005

Ministère de la santé et de la prévention. (2022, octobre 26). *Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR)*. https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Ministère de la santé et de la prévention. (2023, janvier 4). *Vivre avec une maladie chronique*. https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/

Ministère de la santé et de la prévention & Ministère des solidarités, de l'autonomie et personnes handicapées. (2021). *Personnes âgées : Les chiffres clés—Ministère de la Santé et de la Prévention*. https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles

Odeh, S. (2016). Du dossier médical personnel au dossier partagé. Vers un dispositif de médiation documentaire. *Les Cahiers du numérique*, *12*(1-2), 31-50.

Petermans, J., Velghe, A., Gillain, D., Boman, X., & Van Den Noortgate, N. (2011). Geriatric day hospital : What evidence? A systematic review. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Viellissement*, *9*(3), 295-303. https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0292

Puisieux, F. & al. (2012). *Gériatrie*. Lavoisier.

Réseau international sur le Processus de production du handicap. (2022). *Le modèle*. RIPPH. https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/

Roques-Latrille, C.-F. (2018). Soins de suite et de réadaptation. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *202*(8-9), 2005-2021. https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30162-1

Soleymani, D., Berrut, G., & Campéon, A. (2018). *La Santé en action, Mars 2018, n°443Promouvoir la participation sociale des personnes âgées.* https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-en-action-mars-2018-n-443promouvoir-la-participation-sociale-des-personnes-agees



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

Stefanacci, R. G. (2022). *Présentation du vieillissement—La santé des personnes âgées*. Manuels MSD pour le grand public. https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillissement/pr%C3%A9sentation-du-vieillissement

Trouvé, E. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*.

Trouvé, E., Caire, J. M., Exertier, C., Guimberteau, G., Houdant, A., Sorita, E., & Weller, A. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques*.

Urssaf service cesu. (s. d.). *Cerfa n°1150901*.

Van Pevenage, I., Dauphinais, C., Dupont, D., & Bourgeois-Guérin, V. (2020). Proche aidance et conjugalité aux âges avancés : Motivations et postures. *Gérontologie et société*, *42 / 161*(1), 37-54. https://doi.org/10.3917/gs1.161.0037

Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, *19*(109), 30-38. https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Annexes

Table des annexes

**Annexe A**..... I

**Annexe B**..... II

**Annexe C**..... III

**Annexe D** ..... V

**Annexe E** ..... VII

**Annexe F** ..... IX

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Annexe A : Grille AGGIR

## GRILLE NATIONALE AGGIR

Cerfa N° 11510*01

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

**SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE** | | |
| 1 | COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée | | |
| 2 | ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux | | |
| 3 | TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle | **Haut** | |
| | | **Bas** | |
| 4 | HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter | **Haut** | |
| | | **Moyen** | |
| | | **Bas** | |
| 5 | ALIMENTATION : manger les aliments préparés | **Se servir** | |
| | | **Manger** | |
| 6 | ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale | **Urinaire** | |
| | | **Fécale** | |
| 7 | TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir | | |
| 8 | DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ... | | |
| 9 | DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport | | |
| 10 | COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ... | | |
| | **VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE** | | |
| 11 | GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens | | |
| 12 | CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis | | |
| 13 | MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers | | |
| 14 | TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport | | |
| 15 | ACHATS : acquisition directe ou par correspondance | | |
| 16 | SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin | | |
| 17 | ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps | | |

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

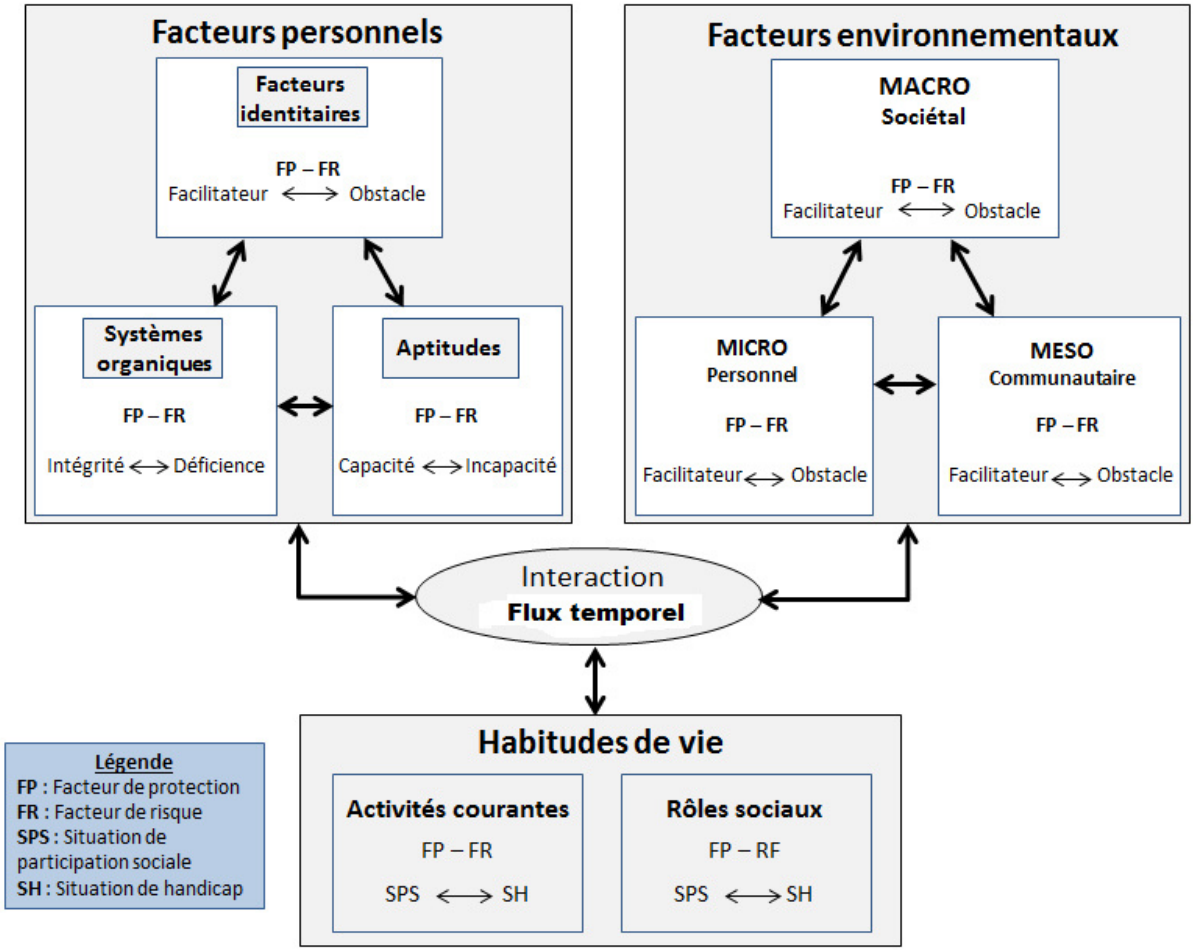
**ATTENTION**

**Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie**

Modèle S 2402-AS

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

## Annexe B : Schéma du modèle du MDH-PPH 2




(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Annexe C : Guide d'entretien des ergothérapeutes du SSR

1. Présentation

Je voulais d'abord vous remercier d'accepter de partager votre expérience de travail au sein d'un SSR gériatrique auprès des personnes âgées. Je me permets de vous repréciser que mon travail porte sur la continuité du suivi en ergothérapie entre le SSR et le domicile.

- Est-ce que vous pourriez vous présenter ainsi que votre parcours professionnel ?
- Quelle est votre expérience dans le secteur de la gériatrie ?

2. La population
   - Quelles sont les caractéristiques de la population que vous accompagnez dans cette structure ?
     - Tranche d'âge
     - Niveau de dépendance
     - Proportion de personnes qui rentrent à domicile
     - Entourage

3. Les objectifs d'intervention en SSR gériatrique

On va maintenant parler de votre intervention, en tant qu'ergothérapeute en SSR gériatrique.

- Pour commencer, utilisez-vous un modèle de pratique pour guider votre intervention auprès des personnes âgées ? Si oui lequel ?
- Quels sont vos objectifs généraux d'intervention en SSR gériatrique ?
  - Indépendance dans le quotidien
  - Activités courantes significatives
  - Environnement physique et social
  - Capacités / incapacités
  - Installation
- Lorsque le retour à domicile se précise, changez-vous vos objectifs d'intervention ? Si oui pourquoi et comment ?

4. La préparation du retour à domicile

Si vous êtes d'accord, on va se focaliser un peu plus sur la sortie du SSR et le retour à domicile.

- De manière générale, comment celui-ci est-il organisé dans votre structure ?
  - Professionnels sollicités
  - Temporalité
- En ergothérapie, quelle est votre place dans ce retour à domicile, comment le préparez-vous ? Quels sont les outils à votre disposition ?
  - Entretien / Observations dans les activités de vie quotidienne / VAD
  - Rééducation / Réadaptation (préconisation d'aides, aménagement environnement) / Mises en situation

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

- Comment clôturez-vous l'accompagnement ?
    - Evaluation finale : comparaison avec évaluation initiale
    - Orientation vers suivi à domicile
- Dans la littérature, le retour à domicile signifie également une reprise des rôles sociaux. Est-il possible d'aborder cette reprise des rôles sociaux dans votre rééducation et comment ?

5. <u>La transition entre le SSR et le domicile</u>

J'aurais maintenant aimé évoquer la continuité du suivi au domicile et notamment celui en ergothérapie.

- Est-ce qu'une poursuite du suivi en ergothérapie à domicile à la sortie du SSR est fréquente ? Orientez-vous les personnes vers cette poursuite d'accompagnement ? Si non, pourquoi ?
- Dans votre expérience, quels sont les objectifs de ce suivi à domicile ?
- Dans la littérature, j'ai pu comprendre que l'accompagnement à domicile pouvait être davantage axé sur la reprise des rôles sociaux contrairement à celui en SSR davantage axé sur les activités courantes. L'objectif d'accompagnement à domicile n'est donc pas tout à fait le même qu'en centre de rééducation. Une continuité du suivi est donc importante. A votre échelle, comment assurez-vous cette continuité du suivi ?
    - En amont
    - Moyens : appels, courrier, DMP, documents de fin d'hospitalisation
- Selon vous, quelles sont les limites de cette continuité du suivi en ergothérapie à domicile ?
- A la suite de mes recherches, je me suis interrogée sur une potentielle rencontre entre les ergothérapeutes du domicile et du SSR au cours d'une visite à domicile qui permettrait d'assurer une continuité dans le suivi. Quelles serait selon vous l'intérêt et les limites de mettre ça en place ?

Merci pour vos réponses, avez-vous des questions ou des choses à rajouter ?

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

# Annexe D : Guide d'entretien des ergothérapeutes libéraux

1. Présentation

Je vous remercie d'accepter de partager votre expérience de prise en charge à domicile auprès de la personne âgée. Je me permets de vous repréciser que mon travail porte sur la continuité du suivi en ergothérapie entre le SSR et le domicile.

- Est-ce que vous pourriez vous présenter ainsi que votre parcours professionnel ?
- Quel est votre expérience dans le secteur de la gériatrie ?

2. La population
   - Auprès de quelles personnes intervenez-vous à domicile, quelles sont leurs caractéristiques ?
     - Tranches d'âge
     - Niveau de dépendance
     - Proportion/le pourcentage de personnes qui viennent d'un SSR gériatrique
     - Entourage

3. L'évaluation à domicile

Si vous êtes d'accord, on va se focaliser sur l'accompagnement à domicile auprès des personnes âgées sortant d'un SSR.

- Comment débutez-vous l'accompagnement auprès de la personne âgées sortant d'un SSR ?
  - Recueil d'informations
  - Prise en compte de l'entourage
- De quelles informations concernant leur suivi antérieur disposez-vous lorsque vous débutez votre accompagnement ?
- Lorsque vous réaliser votre évaluation auprès d'une personne âgée sortant d'un SSR, quelles informations recherchez-vous ?
  - Indépendance dans le quotidien
  - Activités courantes significatives
  - Rôles sociaux
  - Environnement
- Utilisez-vous un modèle de pratique qui guide votre évaluation ?

4. L'intervention à domicile
   - En quoi consiste votre intervention auprès de ces personnes à domicile ?
     - Transfert des acquis
     - Installation, apprentissage et acceptation des aides préconisées en SSR
     - Formation / éducation
     - Autres

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

- Pour construire mon mémoire j'ai décidé d'utiliser le modèle du PPH et dans ce modèle une grande part de l'intervention est centrée sur les rôles sociaux. C'est vrai que dans la littérature, le retour à domicile implique une reprise des rôles sociaux. Avez-vous une action sur ceux-ci à domicile ? Quels sont vos outils ? Comment faites-vous pour agir sur ces derniers ?

5. <u>La transition entre le SSR et le domicile</u>

J'aurais maintenant aimé évoquer le lien avec les acteurs du SSR et, notamment, avec l'ergothérapeute.

- Dans la littérature, j'ai pu comprendre que l'accompagnement à domicile pouvait être davantage axé sur la reprise des rôles sociaux contrairement à celui en SSR davantage axé sur les activités courantes. L'objectif d'accompagnement à domicile n'est donc pas tout à fait le même qu'en centre de rééducation. Une continuité du suivi est donc importante. A votre échelle, comment assurez-vous cette continuité du suivi ?
    - En amont
    - Moyens : appels, courrier, DMP, documents de fin d'hospitalisation
- Selon vous quelles sont les limites de cette continuité du suivi à domicile ?
- A la suite de mes recherches, je me suis interrogée sur une potentielle rencontre entre les ergothérapeutes du domicile et du SSR au cours d'une visite à domicile qui permettrait d'assurer une continuité dans le suivi. Quel serait selon vous l'intérêt et les limites de mettre ça en place ?

Merci pour vos réponses, avez-vous des questions ou des choses à rajouter ?

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

## Annexe E : Grille d'analyse vierge

| | | | E1 | E2 | E3 | E4 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PRESENTATION | Diplôme | | | | | |
| | Expérience en gériatrie | Année d'expérience | | | | |
| | | Secteurs de travail | | | | |
| POPULATION | Tranche d'âge | | | | | |
| | Niveau de dépendance | | | | | |
| | Proportion de RAD | | | | | |
| | Entourage | | | | | |
| L'ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE AUPRES DE LA PERSONNE AGEE RETRANT A DOMICILE | Modèle | | | | | |
| | L'évaluation de la PA | | | | | |
| | Les objectifs d'intervention | Aptitudes | | | | |
| | | Indépendance dans le quotidien | | | | |
| | | Activité courantes significatives | | | | |
| | | Rôles sociaux | | | | |
| | | Environnement physique et social | | | | |
| | | Autres | | | | |
| | Changements d'objectifs quand le RAD se précise | | | | | |
| | Les moyens d'intervention | Rééducation | | | | |
| | | Installation, apprentissage, acceptation des AT préconisées en SSR | | | | |
| | | Formation/éducation | | | | |
| | Durée de l'accompagnement | | | | | |
| LA PLACE DU DOMICILE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGEE | Professionnels autour du domicile | | | | | |

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | La préparation du retour à domicile | Organisation dans le service | | | | |
| | | Adaptabilité | | | | |
| | | VAD | | | | |
| | L'environnement du domicile | | | | | |
| LA TRANSITION ENTRE LE SSR ET LE DOMICILE | Orientation vers les ergothérapeutes du domicile | Qui | | | | |
| | | Où | | | | |
| | | Quand | | | | |
| | Assurer la continuité du suivi à domicile | Modalités | | | | |
| | | Nature des informations transmises | | | | |
| | Limites de la continuité du suivi à domicile | Méconnaissance de l'ergothérapie | | | | |
| | | Financement | | | | |
| | | Contraintes organisationnelles | | | | |
| | | Lien ville-hôpital | | | | |
| | | Autres | | | | |
| | Alternatives à cette limite de continuité du suivi | | | | | |
| | VAD de collaboration | Intérêts | | | | |
| | | Limites | | | | |

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

## Annexe F : Formulaire de consentement vierge

Formulaire de consentement pour un entretien dans le cadre du mémoire de fin d'étude d'ergothérapie

*<u>Thème du mémoire</u> : La collaboration autour de la personne âgée entre l'ergothérapeute du SSR et celui du domicile*

Je soussigné(e)…… (Nom et prénom), accepte de réaliser un entretien avec **DUGELAY Louise**, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon 1, dans le cadre de la construction de son mémoire de fin d'études. Les objectifs et modalités de l'entretien m'ont été clairement expliqués. J'ai compris et j'accepte que l'entretien soit enregistré et retranscrit de façon anonyme. L'étudiant s'engage à traiter les données de manière confidentielle et à ne jamais dévoiler mon identité. L'étudiant s'engage à détruire toutes traces de l'enregistrement une fois le diplôme d'état d'ergothérapie validé. J'ai bien compris que ma participation est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions j'accepte librement de participer à l'entretien qui m'est proposé.

Fait à …….

Le ……

Signature de l'étudiant Signature du participant

(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY

## Résumé

**Titre : La collaboration autour de la personne âgée entre l'ergothérapeute du SSR et celui du domicile**

Contexte : 70% des personnes âgées séjournant en SSR rentrent à domicile. En 2020, l'un des enjeux nationaux est d'assurer la continuité de l'accompagnement du patient une fois rentré à domicile. En théorie, l'intervention de l'ergothérapeute, en SSR, est centrée sur les activités courantes. A domicile, le suivi est orienté vers la reprise des rôles sociaux. Une continuité entre ces deux suivis aux objectifs différents est nécessaire.

Objectif de recherche : Comprendre quelle collaboration est mise en place entre les ergothérapeutes du SSR et du domicile pour envisager ou optimiser la continuité de l'accompagnement à domicile orienté vers une reprise des rôles sociaux.

Méthodes : Une recherche qualitative exploratoire a été menée. Quatre ergothérapeutes ont été interrogés par le biais d'entretiens semi-structurés.

Résultats : Très peu d'orientations vers la poursuite d'un suivi en ergothérapie à domicile sont faites à la sortie du SSR. Quand un suivi à domicile est proposé, la collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et ceux du domicile reste minime et passe essentiellement par des documents écrits. De plus, le suivi à domicile diffère très peu de celui en SSR, contrairement à la théorie.

Conclusion : Malgré l'intérêt que les ergothérapeutes portent à la poursuite d'un suivi à domicile, auprès de la personne âgée ce point reste peu développé. Avant de comprendre comment les ergothérapeutes peuvent collaborer au mieux autour de la personne âgée sortant d'un centre de rééducation, il est important de trouver comment favoriser la poursuite d'un suivi à domicile en agissant sur la méconnaissance de l'ergothérapie à domicile en gériatrie.



***Mots-clés : SSR - domicile - personne âgée - collaboration - ergothérapeute - continuité du suivi***



## Abstract

**Title : Collaboration between the occupational therapist in the rehabilitation center and his counterpart in the home around the elderly person**

Background : 70% of elderly people staying in a rehabilitation center eventually go home. In 2020, one of the national issues is to ensure the continuity of the patient's support from a rehabilitation center to discharge. Occupational therapy intervention in a rehabilitation center is focused on daily activities. At home the follow up is oriented on the resumption of social roles. A continuity between these two follow-ups with different objectives is necessary.

Aim : To understand how occupational therapists (at the rehabilitation center and at home) work together to promote continuity in homecare, especially oriented towards a resumption of social roles.

Methods : An exploratory qualitative research was conducted. Four occupational therapists were interviewed through semi-structured interviews.

Results : Very few referrals for further occupational therapy follow-up at home were made at the end of the rehabilitation center. When homecare was proposed, collaboration between occupational therapists at the rehabilitation center and those at home remained minimal and is mainly based on written documents. Moreover, the follow-up at home was similar to the one in the rehabilitation center unlike the theory.

Conclusion : Despite the interest shown by all occupational therapists in continuing to provide home care for the elderly, this aspect remained underdeveloped. Before understanding how occupational therapists could work together around elderly people discharged from a rehabilitation center, it is important to find ways to encourage the continuation of home care by tackling the lack of awareness of home occupational therapy in geriatrics.



***Keywords : rehabilitation center - home - elderly people - collaboration - occupational therapist - continuity of care***



(CC BY-NC-ND 4.0) DUGELAY