



<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>



Université Claude Bernard



Lyon 1

**DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

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

2022-2023

**La contribution de l'ergothérapeute dans la transition hôpital-domicile pour une personne âgée polypathologique.**

**Soutenu par : Laurent Pavit**

12102018

Tuteur de mémoire : Christophe Buffavand



---

**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 d'Odontologie  
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

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

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

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

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**

Observatoire Astronomique de Lyon  
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

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

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

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

**Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON

Directeur **PERRIN Emmanuel**

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

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

# 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**



# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu pour la réalisation de ce travail d'initiation à la démarche de recherche :

Mon tuteur de mémoire M. Buffavand pour sa disponibilité tout au long de ce travail, sa bienveillance et ses conseils.

Merci aux trois ergothérapeutes, l'assistante sociale et le médecin de m'avoir accordé du temps pour partager leurs expériences et enrichir ce travail de recherche.

L'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Lyon et de Créteil pour leurs accompagnements pendant ma formation.

Toutes mes tutrices de stages lors de mes trois années de formation, pour leurs conseils et le partage de leurs expériences.

Je remercie l'ensemble de la promotion de Lyon et de Créteil pour ces trois belles années de reconversion.

Merci Elsa et Arthur pour leur soutien et leur aide dans cette belle équipe mémoire.

Je remercie également ma femme et mes enfants pour leur soutien considérable et leurs encouragements dans ce projet de reconversion et lors de l'élaboration de ce travail.

# Table des matières

<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>4</b>
<b>PREAMBULE .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>7</b>
<b>1 ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>7</b>
1.1 <i>Contexte.....</i>	7
1.2 <i>Définition de la personne âgée.....</i>	8
1.3 <i>Notion d'autonomie et d'indépendance.....</i>	8
1.4 <i>La personne âgée polypathologique.....</i>	9
1.5 <i>La fragilité de la personne âgée.....</i>	9
1.6 <i>La qualité de vie.....</i>	11
1.7 <i>Le domicile.....</i>	11
1.7.1 <i>Qu'est-ce que c'est ?.....</i>	11
1.7.2 <i>Quelles sont les solutions du maintien à domicile ? .....</i>	12
1.7.3. <i>La coordination des soins .....</i>	14
1.8 <i>Les aidants .....</i>	14
1.8.1 <i>Le statut .....</i>	15
1.8.2 <i>Le répit .....</i>	15
<b>2. L'ERGOTHERAPIE EN GERIATRIE .....</b>	<b>16</b>
2.1 <i>Le modèle de l'occupation humaine (MOH de Gary Kielhofner).....</i>	16
2.2 <i>Pourquoi utiliser le modèle de l'occupation humaine ?.....</i>	18
<b>3. LES EVALUATIONS EN GERIATRIE .....</b>	<b>20</b>
3.1. <i>La visite à domicile.....</i>	21
<b>PROBLEMATISATION .....</b>	<b>22</b>
<b>PARTIE METHODOLOGIE .....</b>	<b>24</b>
1. <i>L'OBJECTIF DE L'ETUDE .....</i>	24
2. <i>TYPE DE RECHERCHE .....</i>	24
3. <i>LE CHOIX DE LA POPULATION .....</i>	24
4. <i>CHOIX ET ELABORATION DE L'OUTIL D'INVESTIGATION .....</i>	25
5. <i>METHODE DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES.....</i>	25
6. <i>LES ASPECTS ETHIQUES .....</i>	26
7. <i>LES CONTRAINTES PREVISIONNELLES DE L'ETUDE .....</i>	26
<b>RESULTATS ET ANALYSE.....</b>	<b>27</b>
1. <i>LES FACTEURS LIMITANTS ET FAVORISANTS DE CETTE ETUDE .....</i>	27
2. <i>PRISE EN SOIN D'UN PATIENT AGE POLYPATHOLOGIQUE ET LES DIFFERENTES PRATIQUES .....</i>	28
2.1 <i>L'installation lors de l'arrivée à l'hôpital .....</i>	28
2.2. <i>Les évaluations.....</i>	28
2.3. <i>La préparation du retour à domicile.....</i>	29
2.4. <i>L'utilisation d'un modèle conceptuel ?.....</i>	30
3. <i>LES DIFFICULTES ET LES LEVIERS ORGANISATIONNELLES.....</i>	30
3.1. <i>Les difficultés .....</i>	30
3.2. <i>Les leviers.....</i>	30
4. <i>LES DIFFICULTES ET LES LEVIERS INSTITUTIONNELLES .....</i>	31
4.1. <i>Les difficultés .....</i>	31
4.2. <i>Les leviers.....</i>	32
5. <i>LE VECU PERSONNEL.....</i>	32
5.1. <i>Les outils utilisés .....</i>	32
5.2. <i>Les expériences partagées.....</i>	32

6.	LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE .....	33
6.1.	<i>Les limites</i> .....	33
6.2.	<i>Les apports</i> .....	34
6.3.	<i>Les sources de tension</i> .....	35
6.4.	<i>La complémentarité avec les autres professionnelles</i> .....	35
<b>DISCUSSION .....</b>		<b>36</b>
1.	CONFRONTATION DES RESULTATS EN RAPPORT AUX ETUDES THEORIQUES .....	36
1.1.	<i>Les évaluations et la visite à domicile pour la personne âgée polypathologique</i> .....	36
1.2.	<i>L'utilisation d'un modèle en ergothérapie ?</i> .....	37
1.3.	<i>Le retour à domicile et après ?</i> .....	38
1.4.	<i>La collaboration interprofessionnelle (apports, tensions)</i> .....	38
1.5.	<i>L'amélioration de la communication ville/hôpital</i> .....	39
2.	INTERETS ET LIMITES DE LA RECHERCHE .....	40
3.	QUESTION DE RECHERCHE ET SUGGESTIONS POUR LA POURSUITE DE L'ETUDE .....	40
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>44</b>
<b>ANNEXES</b>		

# Table des illustrations

Figure 1 Modèle 1+2+3 (Bouchon JP, 1984).....	10
Figure 2 Le modèle de l'occupation humaine (Parkinson et al., 2017) .....	16
Figure 3 Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (Morel, 2017) .....	37

# Glossaire

AMP : Aide médico-psychologique

AMPS : Assesement of motor and process skills

ANAH : Agence national de l'habitat

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

AS : Aide-soignant

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVQ : Activités de la vie quotidienne

BADL : Activités basiques de la vie quotidienne

BME : Bilan modulaire d'ergothérapie

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

DGFP : Direction générale des finances publiques

EMG : Équipe mobile de gériatrie

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IADL: Activités instrumentales de la vie quotidienne

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

KTA : Kitchen task assessment

MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

MOH : Modèle de l'occupation humaine

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCH : Prestation de compensation du handicap.

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

# Préambule

Lors de la deuxième année de mes études d'ergothérapie, j'ai fait le choix d'orienter mes stages en gériatrie, une première expérience dans une équipe spécialisée Alzheimer à domicile et une seconde dans un hôpital gériatrique. Cette dernière expérience a suscité mon intérêt et a questionné la place de ces personnes âgées dans la société et la prise en charge de leurs polyopathologies en ergothérapie. Le rôle de l'aidant, les conditions de vie à domicile, les droits sociaux de ces patients m'interrogent.

Ainsi pour illustration, lors de mon stage, Mme D. 95 ans, est hospitalisée à la suite d'un AVC. Elle habite avec sa fille, mère célibataire dans un appartement au 3ème étage sans ascenseur, dans un quartier résidentiel non-commerçant. Je suis présent lors de la visite à domicile, organisée en fin de séjour pour préparer son retour. Mme se déplace en fauteuil roulant manuel, elle est installée chez sa fille grâce aux brancardiers. À l'origine, cette dame logeait dans l'appartement du dessus. Pour des questions pratiques et financières, cette solution de colocation a été trouvée. De ce fait, la chambre de Mme D se trouve dans la salle à manger pour laisser les chambres pour sa fille et ses deux enfants. L'hospitalisation marque un temps d'arrêt dans la vie de quelqu'un et outre les conseils d'aménagement que nous préconisons pour le maintien dans ses activités, quelles sont les limites de la contribution d'un ergothérapeute?

La situation décrite ci-dessus met en lumière un retour à domicile non optimal, en urgence, imposée par la famille et l'institution.

La personne peut avoir la capacité de se projeter chez elle de manière satisfaisante, mais le retour peut aussi être source de remise en question et de prise de conscience des difficultés rencontrées à domicile. La personne âgée peut aussi ne pas être capable de décider pour elle-même (Alzheimer ou maladie neuro-dégénérative apparentée) ou en désaccord avec sa famille car le projet est non-réaliste, un abus de la famille peut exister aussi.

Mon questionnement initial est celui-ci :

Pour un patient âgé polypathologique en sortie d'hospitalisation, quelles sont les limites de la contribution d'un ergothérapeute travaillant à l'hôpital pour un retour à domicile réussi avec une qualité de vie satisfaisante?

# Introduction

La génération du baby-boom et l'allongement de la durée de la vie entraînent une augmentation du nombre de personnes très âgées de façon importante. Cette population pose des problèmes de santé spécifiques qui requièrent une prise en charge dédiée.

En 2018, la proportion des patients de plus de 75 ans représentait 9.2 % de la population métropolitaine. Il est estimé qu'en 2030, elle représentera 12.2 % et en 2050, 16.3 % de la population métropolitaine. En gériatrie, deux patients sur cinq ont déjà été hospitalisés à cet âge-là (*Institut national de la statistique et des études économiques - 2020 - Tableaux de l'économie française. Edition 2020.pdf*, s. d.), et si c'est une opportunité de réaliser un bilan ou de mettre en place des actions de prévention, notons aussi que la moitié de ces patients hospitalisés auront au moins une complication gériatrique liée à cette hospitalisation. En effet 18% des patients de plus de 75 ans seront réhospitalisés dans les 30 jours. (*vf\_-rh30\_-2018\_03\_20.pdf*, s. d.)

Cette nécessité d'aborder le sujet de la personne âgée polypathologique et de préparer son retour sur son lieu de vie semble être un enjeu national pour les années à venir mais aussi pour le métier d'ergothérapeute.

Dans un premier temps, un bilan de l'existant permettra de contextualiser ce travail et de connaître les enjeux liés à cette thématique. Puis grâce à la mise en lien avec la bibliographie, nous étudierons de manière théorico-pratique les limites de l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en charge de ces patients, lors de cette transition hôpital/domicile.

Après une synthèse tous ces éléments nous permettront de cerner une problématique liée à la question de départ.

# Partie Théorique

## 1 État des lieux

### 1.1 Contexte

L'augmentation de l'espérance de vie pose le problème de la prise en charge de cette population âgée. Cette dernière est un défi pour notre société, pour notre système de soins et de solidarité nationale. Dans un rapport public de novembre 2005 (*Synthèse Pages cours des comptes.pdf*, s. d.), la Cour des Comptes insiste sur l'augmentation à venir des dépenses liées à la prise en charge du grand âge et de la dépendance. Les grands enjeux sont :

- L'adaptation des filières de soins aux besoins complexes des personnes âgées.
- Le développement des filières ambulatoires, renforcement du lien ville-hôpital.
- Le renforcement des structures de maintien à domicile.
- La prévention de la dépendance.

Pour le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, on peut se référer au nombre de bénéficiaires d'une aide liée à la compensation de la perte d'autonomie, soit l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), la PCH (prestation de compensation du handicap) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). En 2019, 1,44 millions de personnes de plus de 60 ans bénéficient d'une aide liée à la perte d'autonomie. (*rapport\_libault\_spta\_vdef.pdf*, s. d.).

La création de la cinquième branche de la sécurité sociale doit permettre d'optimiser et de rationaliser les prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, avec un objectif : faire face à la hausse des dépenses liée à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. (Coursier, 2020)

L'anticipation de ces changements et la capacité à prendre en charge les dépendances de la personne âgée pour un ergothérapeute et l'accompagnement lors de son retour à domicile est aussi un défi pour notre profession.

Pour définir plus précisément la thématique de ce travail, une recherche sur la terminologie des termes employés est indispensable.

Les résultats issus de cette recherche bibliographique peuvent être organisés en deux grandes catégories. D'une part, la présentation du sujet et l'état descriptif des différents milieux ou la

personne âgée polypathologique en sortie d'hospitalisation peut évoluer. D'autre part, des preuves permettant d'étayer la pratique en ergothérapie pour faciliter le choix des interventions.

## **1.2 Définition de la personne âgée**

Pour la définition de la personne âgée L'OMS mentionne l'âge de 65 ans, alors que d'un point de vue sociologique l'âge de l'arrêt de l'activité professionnelle est mentionné soit aux alentours de 60 ans (*WHO-Active-Ageing-Framework.pdf*, s. d.). Comme vue plus haut 75 ans est l'âge ou l'état de santé se dégrade durablement, une baisse d'activité sociale et des occupations.

Par ailleurs, pour la réalisation de travaux statistiques et universitaires, le rapport du Centre d'Analyse Stratégique, juge plus conforme aux réalités actuelles de prendre en compte comme seuil l'âge de 75 ans pour définir la personne âgée. (Rapport *centre d'analyse stratégique, 2010*).

Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polypathologies, et pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. Au-delà de 85 ans « grand âge », le risque de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne s'accroît très fortement et de manière durable. (*note\_methodologique\_polypathologie\_de\_la\_personne\_agee.pdf*, s. d.).

## **1.3 Notion d'autonomie et d'indépendance**

L'autonomie et l'indépendance sont deux concepts clés dans le domaine de l'ergothérapie, bien que ces termes soient souvent utilisés de manière interchangeable, ils ont des significations distinctes.

L'autonomie peut être définie comme la capacité d'une personne à prendre des décisions éclairées et à réaliser des activités de la vie quotidienne de manière indépendante. Elle englobe la liberté de choix, la prise en charge de soi et la capacité à gérer les tâches et les responsabilités de manière autonome. L'autonomie met l'accent sur l'autodétermination et la participation active dans la réalisation des activités quotidiennes (Winance, 2007)

D'un autre côté, l'indépendance se réfère à la capacité d'une personne à se débrouiller seule sans l'aide d'autrui. Elle implique la liberté d'agir et de fonctionner sans contraintes ou restrictions. L'indépendance se concentre davantage sur la capacité physique à réaliser des activités sans dépendre de l'aide ou du soutien constant des autres.

L'autonomie et l'indépendance sont des dimensions interconnectées mais distinctes. L'autonomie est considérée comme une dimension psychologique, reflétant le sentiment de maîtrise personnelle et de capacité à prendre des décisions. L'indépendance, quant à elle, est perçue comme une dimension fonctionnelle, reflétant la capacité à réaliser des activités sans aide externe. (Meyer et al., 2013)

#### **1.4 La personne âgée polypathologique**

Selon (Fortin et al., 2006), la définition la plus acceptée est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux chez le même individu sur la même période ».

d'après l'HAS (*note\_methodologique\_polypathologie\_de\_la\_personne\_agee.pdf*, s. d, p23), et l'analyse de la littérature montre que :

- « - la polypathologie était la règle chez les personnes âgées ;
- la prévalence augmentait chez les personnes très âgées et les personnes de classes sociales inférieures ;
- la polypathologie s'accompagnait de polymédication ;
- l'incapacité fonctionnelle, la mauvaise qualité de vie, la dépression et la majoration du recours aux soins et des coûts étaient les principales conséquences de la polypathologie. »

#### **1.5 La fragilité de la personne âgée**

Selon une étude menée par (Bouillon et al., 2013) la fragilité est définie comme un état de vulnérabilité accrue chez les personnes âgées, caractérisé par une diminution de la réserve physiologique et une capacité réduite à faire face aux stress physiques et psychosociaux. Les personnes âgées polypathologiques présentent souvent une fragilité plus marquée en raison de l'interaction complexe entre leurs différentes conditions médicales, deux principaux

modèles balisent le champ de la fragilité. Dun côté (Fried et al., 2004) propose de mesurer la fragilité à partir de cinq indicateurs physiques (Michel, 2012) :

- Perte de poids
- Force de préhension
- Vitesse de marche
- Endurance, fatigue
- Sédentarité

Et d'un autre côté (Rockwood et al., 1994), qui défend une approche « multidimensionnelle de la fragilité pouvant regrouper jusqu'à 70 indicateurs ».

Le modèle de (Bouchon, 1984) est significatif de la fragilité de la personne âgée :

- La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction de l'organe.
  - La courbe 2 représente l'effet d'une maladie chronique qui vient se greffer sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe.
  - La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation : stress aigu par exemple.
- (Clément, 2017)

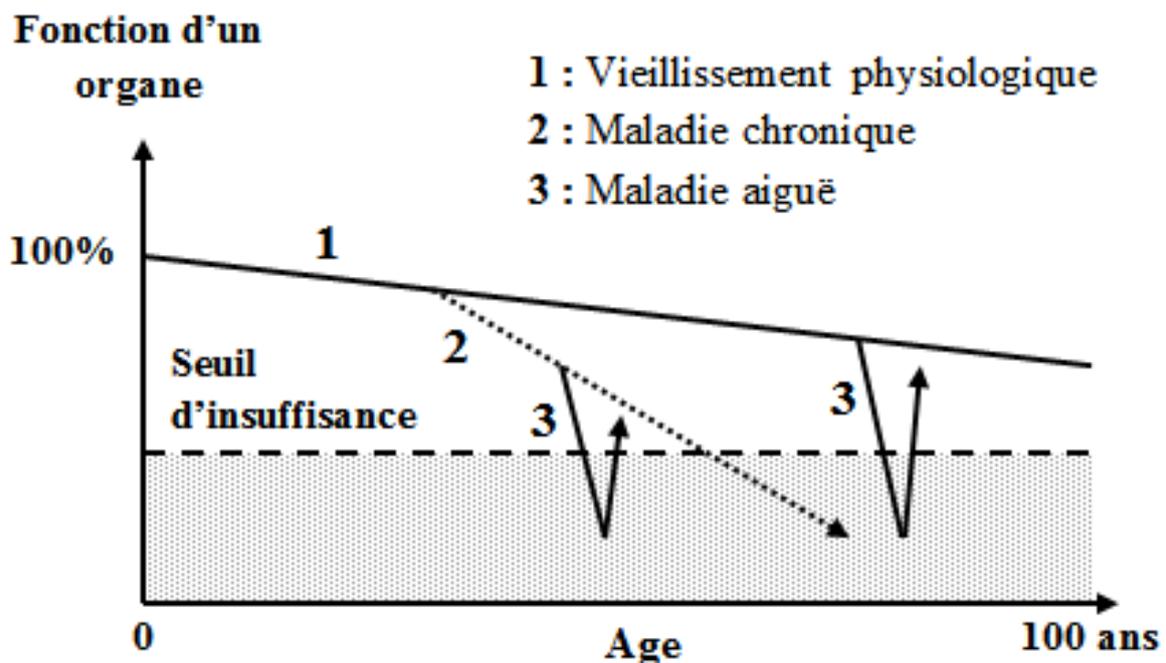


Figure 1 Modèle 1+2+3 (Bouchon JP, 1984)

## 1.6 La qualité de vie

Plusieurs définitions existent dans différents pays, il est mis en évidence qu'il est difficile de cerner un seul et même concept. Voici quatre grands domaines dans le secteur de la santé :

- l'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques,)
- ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs)
- son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression)
- ses relations sociales et son rapport à l'environnement, familial, amical ou professionnel et ses occupations (A, 1999)

D'un point de vue médical pour la personne âgée « la notion de qualité de vie, finira par intégrer les notions voisines (bien être, santé, bonheur, satisfaction) » il est « fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie » pour les personnes âgées. Il s'agit « de qualité de vie en générale » compte tenu des diverses maladies chroniques auxquelles ils sont soumis aux conséquences multiples physiques, mentales, sociales (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Pour (Amyot, 2016, p255) « Finalement, la qualité de vie à la retraite, c'est conserver pleinement sa place dans la société, bénéficier d'une bonne santé, en restant épanoui dans ses activités, autonome dans la vie quotidienne et engagé en tant que citoyen ».

## 1.7 Le domicile

### 1.7.1 Qu'est-ce que c'est ?

Le domicile est un élément essentiel dans la qualité de vie du patient "Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie", (E. Trouvé, 2012, p355). De plus "Rester chez soi le plus longtemps possible est un souhait clairement exprimé par de nombreux Français, même lorsqu'ils font face aux divers obstacles de la vie à domicile." (*rapport\_libault\_spta\_vdef.pdf*, s. d, p49).

Comme le mentionne P Dreyer "On reste chez soi parce qu'on y est libre de faire ce que l'on veut, comme on veut et quand on veut. Parce qu'on y éprouve un confort construit au fil des ans : l'espace du logement a été façonné pour s'ajuster au plus près des habitudes de vie et des manières de faire. On reste aussi chez soi, parce qu'on y éprouve un bien-être, on y goûte, par exemple, un repos que l'on retrouve rarement ailleurs" (Dreyer, 2017, p10).

Pour appuyer cette tendance d'après l'enquête (Joël, 2003), parmi les 2 339 000 personnes âgées de plus de 80 ans en 1999, 81% vivent à domicile.

### **1.7.2 Quelles sont les solutions du maintien à domicile ?**

Le maintien chez soi est une donnée prioritaire pour de nombreuses personnes comme vue ci-dessus et l'accompagnement pour le réaliser est pluridisciplinaire. La structuration progressive des offres de soins en ville en est la preuve :

- Le médecin généraliste (au centre de la prise en charge à domicile, maillon important pour le repérage de la fragilité, prescription des traitements, des aides techniques et des intervenants à domicile)
- Les Services de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD (reposent sur une ordonnance médicale, financés par sécurité sociale, les soins sont donc remboursés)
- Prestations (assurer sur prescription médicale des soins infirmiers de base, techniques et relationnels, contribuer au maintien à domicile et à la prévention de la perte d'autonomie, plan de soins individualisé)
- Intervenants (Professionnels salariés : Infirmier Coordonnateur, infirmiers, AS et AMP)
- Intervenants extérieurs afin d'assurer la continuité des soins (infirmiers libéraux, pédicures, podologues, ergothérapeutes, psychologues)
- Les Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile SAAD : service agréé mais payant.

Mais aussi ,

- L'équipe mobile de gériatrie : c' est une équipe pluridisciplinaire qui intervient dans les services de l'hôpital et chez les partenaires extrahospitaliers qui font appel à elles. Leur mission est l'amélioration de la prise en charge globale (médicale, sanitaire et sociale) de la personne âgée fragile.
- Le CLIC (Le Centre local d'information et de coordination), est un lieu d'accueil, d'écoute et d'information gratuit et confidentiel pour les personnes âgées et leur famille.
- Le réseau associatif d'aide à la personne dont l'ADMR par exemple qui intervient en France de la naissance à la fin de vie, dans quatre domaines : autonomie, services de confort à domicile, famille et santé.

- Les mandataires judiciaires.
- Le soutien aux aidants

La personne âgée polypathologique en sortie d'hospitalisation peut être confrontée à des choix de vie. La France est engagée dans une politique de maintien à domicile (*rapport\_libault\_spta\_vdef.pdf*, s. d.) et met en place des aides financières pour adapter le logement au vieillissement et à la perte d'autonomie. Au niveau de l'État, l'ANAH, le CNSA et le DGFP permettent de solliciter des aides financières mais il est aussi possible de faire appel aux caisses de retraites primaires et complémentaires ou des acteurs privés (André & Ille-Roussel, 2021).

Différentes initiatives d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie se multiplient en France comme "l'EHPAD à domicile" ou "Care manager" ce ne sont pas seulement les aides et les soins qui sont proposés mais aussi une coordination gériatrique comme les transports, la téléassistance, de la prévention, des solutions de répit, des solutions d'adaptation du logement (Braverman et al., 2021). Cette solution en est encore à ses débuts mais est porteuse d'espoir pour toutes personnes âgées désirant vieillir à leur domicile. Le Care Manager (privé) en fait aussi partie et propose une coordination des différentes aides du quotidien dans la vie d'une personne en situation de perte d'autonomie. Ces initiatives semblent méconnues en France mais comment cela se déroule-t-il dans d'autres pays ?

Le Luxembourg comme exemple de maintien à domicile? En effet la priorité est aussi au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et l'offre des prestataires de soins et d'aides à domicile est variée et adaptée grâce à une institution centralisée d'évaluation de contrôle et de conseil. Le maintien à domicile est également facilité grâce à une approche de reconnaissance des aidants (Kerschen, 2021). Notons la notion de centralisation d'une institution intéressante dans le parcours de suivi.

En Amérique du Nord un questionnaire semble intéressant à développer, les personnes âgées sont guidées dans leur décision par des intervenants en santé et en services sociaux qui évaluent leur état de santé et leur niveau d'autonomie, mais c'est le choix des soins et non celui du logis qui oriente principalement la décision de changer de logement (Billard et al.,

2021). La spécificité du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est articulée entre leurs proches et des professionnels de santé de plusieurs secteurs très divers.

### **1.7.3. La coordination des soins**

Au niveau de l'état comme il est mentionné dans le (*Guide\_reseaux\_de\_sante.pdf*, s. d.) c'est le médecin généraliste qui assure « ce rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins ». Il est reconnu aussi une efficience très variable par « le manque d'outils à disposition pour mesurer l'impact sur le parcours des patients d'une intervention des réseaux de santé », des réseaux de santé notés avec un score très faible par l'indice synthétique de qualité, des coûts de fonctionnement et le nombre de patients inclus dans les réseaux variable.

Pour Ennuyer, Il se pose la question de la coordination de tous ces professionnels différents lors du retour à domicile (sanitaire ou social) et des aidants plus ou moins coopérants. Comme le mentionne (Ennuyer, 2014b) malgré les 547 CLIC répertoriés fin 2012 la coordination des soins en France est encore une illusion. Il mentionne que « tant qu'il n'y aura pas, au plus haut niveau de l'État la volonté de redéfinir un vrai projet politique d'intégration des personnes vieillissantes quelle que soit leur situation de handicap », il n'y aura pas de coordination de soin efficace. Mais la nécessité de recourir à la coordination des soins est clairement exprimé par (E. Trouvé, 2012, p60) « Devant la multiplicité des structures et organisations, tant associées au domicile qu'aux établissements d'hébergement et de soins, une coordination est nécessaire pour favoriser les liens et la cohérence des prises en charge ».

## **1.8 Les aidants**

Tout le monde peut devenir aidant, un parent, un conjoint, un enfant, un membre de la famille (appelé aidant familial) ou un membre de l'entourage (appelé proche aidant). L'aidant peut cohabiter ou non avec la personne aidée. Ce sont 3,9 millions de proches aidants déclarés pour une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile qui lui apportent une aide régulière et 53% sont les enfants et 27% les conjoints du senior (*2019\_infographie\_aidants\_des\_personnes\_agees\_0.pdf*, s. d.).

Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, effectuer les tâches ménagères, les soins personnels, faire les courses, aller

chez le médecin, démarches administratives, gestion de budget. Autre point intéressant: 49% sont retraités et 37% occupent un emploi (*2019\_infographie\_aidants\_des\_personnes\_agees\_0.pdf*, s. d.).

Comme le mentionne (E. Trouvé, 2012, p66) « La présence et la participation de l'entourage familial conditionnent la réalisation du maintien à domicile et peut difficilement s'envisager sans elle ».

### **1.8.1 Le statut**

Il est possible d'obtenir le statut de salarié si vous aidez une personne âgée dépendante bénéficiaire de l'APA, qui permet la rémunération de l'aidant (hors conjoint) ou si vous aidez une personne en situation de handicap bénéficiaire de la PCH (- de 60 ans si non salarié). Il existe aussi la possibilité pour un salarié de bénéficier de l'allocation journalière du proche aidant, qui est un revenu de remplacement dans la limite de 66 jours dans une carrière professionnelle (*guide\_proche-aidant.pdf*, s. d.).

### **1.8.2 Le répit**

L'aide au répit permet au proche aidant de personnes âgées bénéficiant de l'APA de se reposer et de dégager du temps en finançant des solutions d'aides comme un accueil de jour ou un hébergement temporaire. La plateforme de répit est également un espace d'échange et de soutien pour les aidants grâce à des groupes de paroles ou des moments de détente (*guide\_proche-aidant.pdf*, s. d.).

## 2. L'ergothérapie en gériatrie

« La gériatrie est la spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des malades âgés, lors de soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie » (*Le métier de gériatre – Annuaire CNP*, s. d, p1). L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie quotidienne et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge (*Fiche de poste afeg 5 ergothérapeute en SSR gériatrique.pdf*, s. d.). En institution, c'est au sein d'une équipe pluridisciplinaire que l'ergothérapeute contribue à la réalisation du projet de vie du patient, en rapport à son profil occupationnel et ses besoins. Ce projet est aussi discuté avec l'entourage proche de la personne âgée afin qu'elle participe à mettre en place un projet sécuritaire (E. Trouvé, 2012). L'ergothérapie se basant sur la science de l'occupation et l'interaction personne/occupation/environnement, nous allons maintenant aborder certains de ces éléments théoriques en lien avec mon sujet et de la pratique professionnelle en ergothérapie (Law et al., 1996).

### 2.1 Le modèle de l'occupation humaine (MOH de Gary Kielhofner)

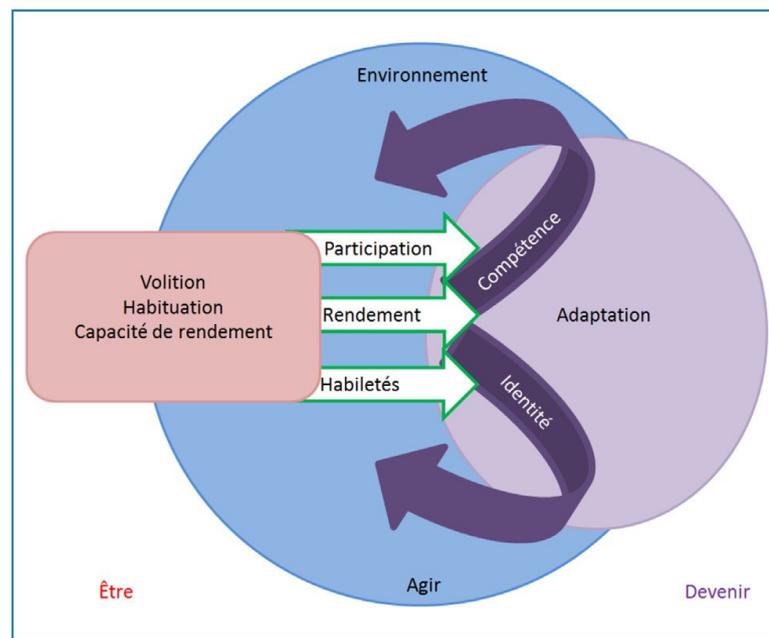


Figure 2 Le modèle de l'occupation humaine (Parkinson et al., 2017)

Pour Kielhofner ( le développeur de ce modèle en ergothérapie), l'être humain est un être occupationnel et l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. L'occupation

est dynamique et elle dépend du contexte environnemental dans lequel elle se déroule (Morel, 2017).

Le MOH se découpe en trois parties principales (Kielhofner, 2017) :

L'Être occupationnel, il est composé de trois sous-systèmes

- La volition, qui correspond à la motivation de la personne, ses valeurs, ses centres d'intérêts ainsi que ses déterminants personnels (son sentiment d'efficacité et ses capacités personnelles).
- L'habituatation comprend les habitudes et les rôles de la personne.
- La capacité de rendement regroupe les composantes objectives, physiques et mentales, ainsi que l'expérience subjective du corps, nécessaire à la réalisation d'occupations.

La dynamique du MOH (l'Agir), ce que la personne fait, il se subdivise en trois niveaux d'action.

Le niveau le plus large concerne

- la participation occupationnelle.
- Le rendement occupationnel, soit l'ensemble des tâches à réaliser.
- Les habiletés qui réunit les habiletés motrices, opératoires et de communication et d'interaction.

Les conséquences de l'Agir (le Devenir), comment la personne s'adapte à ses occupations. Ces trois parties sont en interaction continue avec l'environnement. Le Devenir est le résultat de l'addition de l'Être et de l'Agir. Les expériences vécues dans les différentes occupations vont générer une identité et des compétences, qui vont permettre l'adaptation à de nouvelles occupations.

Le contexte environnemental va influencer chacun des éléments, c'est particulièrement intéressant dans le cas d'un retour à domicile d'une personne âgée.

Intéressons-nous à cette dernière partie du modèle, l'environnement et le devenir. (Villaumé, 2019).

L'environnement comprend deux éléments particulièrement intéressant dans le cadre d'un retour à domicile d'une personne âgée (Kielhofner, 2017) :

- L'environnement physique c'est-à-dire ce qui nous entoure les objets et l'environnement dans lequel on vit. Ce qui influence grandement la participation dans les activités.

- L'environnement social qui peut comprendre l'entourage humain et le contexte social dans lequel la personne âgée évolue.

Notons aussi l'environnement élargi dont parle (É. Trouvé & Drosso, 2016) dans « agir sur l'environnement pour permettre les activités » qui correspond à la culture et aux conditions politiques et économiques, très intéressant dans le parcours du retour à domicile avec l'évolution des différentes lois sur le handicap au fil du temps.

Concernant le devenir qui comprend trois composantes (Kielhofner, 2017):

- L'identité occupationnelle, c'est en construisant et en participant à différentes occupations que la personne s'établit une identité, grâce à une prise de conscience de ses capacités et de ses intérêts, (qui je suis, mais aussi qui je souhaite devenir).
- La compétence occupationnelle, c'est la mise en action de l'identité, comment la personne s'engage dans ses occupations.
- L'adaptation occupationnelle, c'est la résultante de "l'être" qui a un "agir" le tout se réalise dans un environnement qui construit la compétence et l'identité occupationnelle, elle se développe tout au long de notre vie.

Dans le MOH on ne parle pas d'adaptation dans le sens où la personne s'adapte à son environnement mais plutôt que la personne et son environnement font partie de la participation et contribue tous les 2 à l'adaptation occupationnelle de la personne. (par exemple réaménager son domicile pour une nouvelle activité chez soi (Morel, 2017)

## **2.2 Pourquoi utiliser le modèle de l'occupation humaine ?**

Revenons à la situation de Mme D., citée au début de cette analyse. Comme nous l'avons expliqué, la visite à domicile intervient en toute fin du séjour hospitalier, ce qui entrave la prise en soin optimale de la patiente. En prenant en charge, de manière tardive le retour à domicile et en étayant pas la problématique bien plus en amont, la réponse aux difficultés de cette patiente est partielle, voire potentiellement inadaptée.

La visite du domicile tardive impacte nécessairement la prise en compte des besoins et des impératifs de la patiente et de sa fille. L'ergothérapeute doit faire mûrir cette problématique dès le début du séjour à l'hôpital avec une analyse de la situation globale, pluridisciplinaire et avec l'entourage.

Aussi, comme le mentionne (Berthel & Peter-Bosquillon, 2012), l'organisation sanitaire dont nous avons hérité, centrée sur une pathologie, n'est pas en mesure de répondre aux besoins

nouveaux de prise en charge de malades polypathologiques, dont l'augmentation est liée au vieillissement démographique. Il faut nous centrer sur le patient et ses besoins et spécificités personnelles, ce qui nous amène à l'utilisation de ce modèle MOH pour un ergothérapeute et notamment pour la visite à domicile, qui permet d'avoir une vision globale de la personne âgée, de sa motivation, de son organisation dans ses occupations et les capacités de son corps. La connaissance de la personne âgée est indispensable pour pouvoir l'aider et réussir ainsi son retour à domicile, mais aussi l'état de sa participation occupationnelle, des tâches à réaliser et de son habileté à les mener ainsi que par exemple l'intégration dans un groupe lors d'une activité collective et ses habiletés de communication.

Il faut aussi connaître l'environnement dans lequel la personne âgée évolue au niveau socio-culturel et humain mais aussi son environnement physique. La personne est-elle isolée? possède-t-elle de la famille, des aides pour l'accompagner dans sa vie quotidienne?

Toutes ces informations permettent de cerner le devenir de la personne âgée et de proposer des solutions pour qu'elle puisse évoluer dans un environnement adapté avec des occupations importantes pour elle et ce que la personne souhaite devenir.

Si nous résumons, l'utilisation du modèle conceptuel MOH semble correspondre en tout point à la visite à domicile, ce modèle propose un guide pour intervenir de manière centrée sur le patient, sur ses occupations et son environnement, mais aussi en prenant en compte les obstacles liés à l'implication de la personne dans ses occupations et son environnement.

### 3. Les évaluations en gériatrie

L'ergothérapeute évalue les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique (*Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute.pdf*, s. d.)

Les données recueillies grâce à l'entretien sont précieuses (Meyer, 1997) mais peuvent s'avérer insuffisantes, c'est pourquoi l'ergothérapeute effectue des mises en situations écologiques qui permettent de cerner avec précision comment la personne participe à ses occupations dans son environnement. En effet, cela peut permettre au patient une prise de conscience sur ses capacités de rendement, sa volition en interaction avec son environnement et ce qui a pu changer à cause de l'hospitalisation.

Nous pouvons citer aussi d'autres évaluations comme :

- AMPS (Mesurer les habiletés motrices, les habiletés opératoires ainsi que les effets de celles-ci sur les capacités d'un individu à réaliser les activités de la vie quotidienne (Annexe 1)
- Échelle d'équilibre de Berg, évaluer quantitativement l'équilibre et les risques de chute chez les adultes âgés (Annexe 2)
- BME (Bilan modulaire d'ergothérapie) : Évaluation des capacités cognitives, motrices et sensorielles, des AVQ et des facteurs environnementaux. Il existe un module "habitat et mode de vie" également et particulièrement intéressant à utiliser lors de la visite à domicile (Annexe 3).
- KTA : Évaluation des fonctions cognitives et exécutives qui affectent la réalisation d'une tâche. Précieux dans la mise en situation écologique d'un patient âgée dans une cuisine avec les risques associés (gestion de la double tâche, gestion de la table de cuisson...).
- BADL : Échelle de Katz (Katz et al., 1970) Évaluation du niveau de dépendance dans les activités basiques de la vie quotidienne (Annexe 4).
- IADL: Échelle de LAWTON (Lawton & Brody, s. d.) Évaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (Annexe 5).

2 outils intéressant à utiliser avec le modèle MOH :

- OPHI-II : outil d'évaluation par entrevue semi-structurée qui offre une mesure de l'identité et de la compétence occupationnelle. L'outil s'intéresse à l'histoire occupationnelle de la personne.
- MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. Il permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne en parcourant les différents domaines du MOH Annexe 6 (Kielhofner, 2017).

### **3.1. La visite à domicile**

La visite à domicile par un ergothérapeute est centrale. La littérature montre que grâce à cette visite avant la sortie, le risque de réadmission à l'hôpital est réduit (Lockwood et al., 2015).

Aussi pour les personnes âgées à risque de chute la visite à domicile permet d'aider à préserver l'autonomie du patient (Pardessus et al., 2002)

La visite à domicile est réalisée généralement avant la sortie d'hospitalisation pour évaluation et pour la mise en situation écologique du patient. La prise en compte de l'environnement architectural intérieur et extérieur et quelquefois pour une prise de conscience de ses difficultés, l'ergothérapeute « met la personne en situation dans son milieu de vie... cela permet de préserver ou d'améliorer la participation des personnes dans leurs activités quotidiennes, de faciliter l'intervention des aidants et de prévenir certains risques » (*Reussir\_l\_adaptation\_de\_logements\_grace\_a\_l\_ergotherapie\_janvier2021.pdf*, s. d.).

Aussi l'ergothérapeute évalue les besoins « en aménagement, en aides techniques, en aides technologiques, en aides humaines et animalières ».

# Problématisation

Cette recherche a permis de faire une synthèse sur ce qui existe en termes d'accompagnement pour un ergothérapeute concernant une personne âgée polypathologique en sortie d'hospitalisation. Cela a aussi permis de répondre à la question initiale en ayant exploré les différents thèmes abordés dans ce travail.

Mais aussi de relever les manques associés et l'exploration nécessaire pour améliorer la pratique et les connaissances :

Concernant le domicile, les actions de l'intervention de l'ergothérapeute, le choix du suivi en sortie d'hospitalisation, mais aussi les contraintes budgétaires.

- L'importance de la contribution de l'ergothérapeute dans la coordination du parcours de soin de la personne âgée à son domicile et son suivi.
- La limite institutionnelle imposée par l'hôpital pour la prise en soin du patient par l'ergothérapeute se termine sur la rédaction d'un compte rendu de visite à domicile (si besoin) et ses préconisations. L'intervention s'arrête alors que l'accompagnement en ergothérapie pourrait continuer avec des séances de rééducation/réadaptation à domicile. L'importance d'un relais de proximité.
- L'ergothérapeute est surtout utilisé dans les institutions et dans les équipes mobiles de gériatrie dans un rôle d'évaluation et de diagnostic mais pas dans un rôle de rééducateur dans le quotidien et sur le long terme (*Fiche de poste afeg 4 ergothérapeute en EMG.pdf, s. d.*).
- Les différentes offres de coordination des soins après une hospitalisation (CLIC, EMG...) l'efficiencie et la difficulté de choisir.
- Les contraintes budgétaires amènent à penser le soin autrement (HAD, ambulatoire, télémédecine...). L'intrication entre la santé et social, la prévention, le tout étayé par des preuves scientifiques démontrent l'intérêt thérapeutique et financier des interventions de l'ergothérapeute, mais comment mettre en place ces nouvelles façons de travailler? (Morel, 2017).
- Développer la prévention tertiaire, les résultats du programme de traitement Well Elderly démontrent l'efficacité de l'ergothérapie dans le domaine de la prévention.

Parce que les occupations ont un effet sur notre santé, elles peuvent déterminer si nous pouvons vivre de manière autonome à un âge avancé ou si nous devons entrer dans une institution (Jackson et al., 1998).

Ces différents questionnements et l'ensemble des recherches effectuées ont fait évoluer la question initiale de ce travail :

**Comment les actions de l'ergothérapeute dans la transition hôpital/domicile peuvent influencer le retour à domicile de la personne âgée polypathologique?**

# Partie Méthodologie

## 1. L'objectif de l'étude

L'objectif est d'explorer les différentes actions de l'ergothérapeute dans la transition hôpital/domicile pour la personne âgée polypathologique. Car même si les différentes interventions sont connues, il manque des précisions sur la coordination des soins, la contribution de l'ergothérapeute et le devenir de ces patients lors de leur retour à domicile.

Pour cela les thèmes à aborder :

- Le contexte de la pratique professionnelle en ergothérapie à l'hôpital.
- Les difficultés et les leviers organisationnels et institutionnels.
- L'expérience, le vécu, les outils utilisés pour le retour à domicile.
- La collaboration interprofessionnelle.

## 2. Type de recherche

L'entretien semi-directif est privilégié sur le mode de la conversation en lien avec les objectifs cités ci-dessus. Il vise à recueillir les expériences, les réflexions, les difficultés, les conseils et les avis. Les discours des ergothérapeutes feront l'objet d'une analyse thématique approfondie à la lumière des orientations de la problématique. Cela permettra des apports de données utiles à la compréhension de la problématique étudiée, puis de faire émerger une question de recherche plus approfondie sur le sujet.

## 3. Le choix de la population

La population enquêtée dans le cadre de cette recherche se compose de trois ergothérapeutes, une assistante sociale et un médecin gériatre. En lien avec la problématique il paraît pertinent d'avoir le retour d'expérience des ergothérapeutes exerçant à l'hôpital gériatrique en rapport à la partie précédente et à la contribution de l'ergothérapeute dans le retour à domicile de la personne âgée polypathologique mais aussi l'avis d'autres professionnelles en rapport avec la coordination des soins lors de l'organisation du retour à domicile et la collaboration avec l'ergothérapeute.

Afin de sélectionner les participants, les critères d'inclusion ont été les suivants pour les professionnels interrogés :

- Ergothérapeute diplômé d'état, assistante sociale diplômé d'état, médecin gériatre ;
- Pratiquant à l'hôpital gériatrique auprès de personne âgées polypathologique;
- Exerçant sa profession en France ;
- Ayant une expérience de 6 mois au sein de l'institution ;
- Avec au moins un 50% d'équivalent temps plein ;

Les critères d'exclusion sont définis par une réponse négative à au moins un de ces critères.

Afin de respecter l'anonymat des personnes interrogées, les lieux et les conditions d'exercices ne sont pas décrites, il convient de préciser que toutes les personnes interviewées répondent aux critères d'inclusion.

#### **4. Choix et élaboration de l'outil d'investigation**

L'entretien semi-directif est privilégié sur le mode de la conversation en lien avec les objectifs cités ci-dessus. Il vise à recueillir les expériences, les réflexions, les difficultés, les conseils et les avis. Les discours des ergothérapeutes, de l'assistante sociale et du médecin feront l'objet d'une analyse thématique en rapport aux orientations de la problématique.

Un guide d'entretien a été élaboré pour chacune des professions interrogées (annexe 7). Il recense les thématiques abordées dans le premier paragraphe « objectif de l'étude ».

Pour chacune de ces thématiques au moins une question ouverte est posée lors des échanges avec les participants. Malheureusement ce guide n'a pas été testé avant la passation car peu de professionnels ont répondu favorablement aux sollicitations.

#### **5. Méthode de traitement et d'analyse des données**

Les cinq entretiens réalisés ont été enregistrés puis retranscrits intégralement à l'écrit, de manière anonyme. Les ergothérapeutes sont nommées E1, E2, E3, l'assistante sociale AS et le médecin MG. Le contenu des différentes retranscriptions a ensuite été analysé à l'aide d'une grille d'analyse (annexe 8) . Cette grille d'analyse a été élaborée par rapport à la grille d'entretien et une fois remplie elle permet d'organiser les données obtenues et d'avoir une

vision d'ensemble des différents entretiens et d'établir les divergences et les convergences constatées.

## **6. Les aspects éthiques**

Ces entretiens ont été menés dans le cadre de la loi Jardé et répond à ses normes juridiques. La démarche de recherche nécessitant rigueur et organisation, des précautions ont été prises afin de maintenir l'anonymat des personnes participantes. Un formulaire de consentement a été élaboré (annexe 9), et remis à chaque participants ou il est mentionné le cadre de l'étude, assure l'anonymat de chacun lors de l'exploitation des données et explique la destruction des données une fois le mémoire achevé.

## **7. Les contraintes prévisionnelles de l'étude**

Cette étude comporte des contraintes d'organisations et techniques. Les participants ont préféré réaliser un entretien téléphonique, sauf E1 et AS, de ce fait l'environnement de la personne interviewée ne peut être maîtrisé par l'intervieweur. Aussi les entretiens ont pu être entrecoupés par une tierce personne ou une mauvaise connexion au réseau téléphonique, les aspects non verbaux des personnes interviewées n'ont pas pu être analysés. Ces expériences sont néanmoins enrichissantes grâce à la diversité des entretiens menés.

# Résultats et Analyse

Dans le cadre de cette étude cinq entretiens ont été réalisés, dont 3 ergothérapeutes exerçant en hôpital gériatrique avec des anciennetés différentes, une assistante sociale qui exerce aussi à hôpital gériatrique et un médecin gériatre (chef de service court séjour à l'hôpital gériatrique). E1, AS exercent dans le même hôpital tandis que E2 et E3 pratique dans un autre hôpital d'une autre région. Le médecin gériatre exerce dans un autre hôpital également.

Ces différents entretiens ont permis d'obtenir des résultats concernant les expériences de chacun et leurs vécus. La taille de l'échantillon est réduite et ne permet pas une généralisation à toute la population. Toutes les données récoltées permettront en revanche d'élaborer une question de recherche pour étendre la recherche de ce travail.

Il est noté que cette étude est menée dans un contexte donné et beaucoup de facteurs peuvent influencer les résultats.

## 1. Les facteurs limitants et favorisants de cette étude

Les trois ergothérapeutes, l'assistante sociale et le médecin interrogés étaient motivés à l'idée de répondre à ce questionnaire, car le sujet est au centre même de leur préoccupation première ( la transition hôpital/domicile). Les conditions de ces entretiens n'ont pas toujours été optimales, car réalisés en visio avec des problèmes de connexion, et dans le service de l'hôpital avec de nombreuses interruptions. À la suite de la retranscription il apparait que les questions élaborées étaient aussi quelque fois trop fermées ou trop orientées et de ce fait la réponse de l'interviewé induite. Le manque d'expérience de l'intervieweur peut être un facteur limitant avec notamment la gestion du temps et aussi l'anxiété générée pour conduire ceux-ci de manière efficace. La disponibilité réduite des interviewés a aussi quelque fois obligé l'enquêteur à écourter la discussion. Lors de l'écoute des entretiens pour la retranscription il apparait également que les questions n'ont pas toujours été très claires, malgré la préparation de celui-ci.

L'analyse suivante confronte les résultats des différents entretiens menés et fait ressortir les éventuelles divergences et convergences des différentes thématiques.

## 2. Prise en soin d'un patient âgé polypathologique et les différentes pratiques

### 2.1 L'installation lors de l'arrivée à l'hôpital

Toutes les ergothérapeutes agissent sous prescription médicale comme elles le mentionnent (E1, E2 et E3), et comme le dit le médecin « **les 2 principales indications de prescription qu'on a pour les ergo c'est les installations bien sûr..... et puis des bilans préalable à un retour à domicile** » (M). « **Cela représente 80% des bilans demandés** » (M)

Donc la prise en charge d'un patient âgée polypathologique à l'hôpital pour un ergothérapeute est d'abord axée sur son installation : « **La première des missions quand le patient arrive c'est l'installation, quand il est assis, quand il est allongé et savoir s'il a besoin d'aide technique** » (E1). E3 partage cet avis avec l'installation du patient en premier lieu. E2 précise l'importance du positionnement pour une personne âgée et le risque d'escarre. Les missions différentes de l'assistante sociale lui donne un autre rôle, elle se projette déjà sur la sortie avec la famille.

### 2.2. Les évaluations

E2 précise que le travail est pluridisciplinaire « **en général avec les kinés pour faire un bilan de ses capacités de locomotion, de transfert, de marche** », E1 concentre son évaluation sur les AVQ et « **la récupération en fonction de ses possibilités et de ses capacités fonctionnelles** » partagé par E3 qui élabore un entretien avec des mises en situation rapidement « **L'entretien permet aussi de procéder à quelques évaluations, au niveau de la marche, des transferts et aussi de connaître les capacités cognitives de la personne** ». Les mises en situations écologiques concernant les AVQ sont essentielles pour E1, E2 et E3 et cette première évaluation des capacités du patient sont déterminantes pour la suite de l'hospitalisation et le projet de sortie. E1 et E3 utilisent les évaluations IADL/ BADL pour estimer la dépendance du patient et pour E1 ces bilans sont mêmes insérés dans la conclusion du compte rendu de sortie. E2 utilise la Moca comme évaluation cognitive. Les mises en situation écologique lors de la visite à domicile représente aussi des évaluations intéressantes E1, E2, E3.

L'évaluation gériatrique approfondie comme le dit le médecin est le fil conducteur de la prise en charge de la personne âgée polypathologique « **pour chacune de ces pathologies actives**

*on va essayer de creuser de savoir où est-ce qu'on en est du suivi, qu'est-ce qu'on peut améliorer... toute en faisant une évaluation de toutes les sphères, de ce qu'on appelle les syndromes gériatriques » (M).*

### **2.3. La préparation du retour à domicile**

Le médecin révèle « *pourquoi pas dès les urgences s'intéresser à la sortie* », cela donne le tempo et aussi les indications suivantes « *il faut une collaboration multi professionnelle* ».

La collaboration avec l'assistante sociale est essentielle pour préparer le retour à domicile avec notamment son soutien pour le financement des aides techniques et des aides humaines pour savoir ce qu'il est possible de faire (E1) et aussi une aide au niveau du retour à domicile ou en structure comme le mentionne l'assistante sociale « *en gériatrie c'est l'accès au droit.....l'orientation vers des structures personnes âgées donc EHPAD ou vers le retour à la maison* » (AS) mais aussi comme le dit E2, « *quand c'est nécessaire on fait une visite à domicile en général avec un autre professionnel, le plus souvent c'est l'assistante sociale* », l'accompagnement de l'assistante sociale est confirmé aussi par E2.

La visite à domicile ressort dans tous les entretiens pour E1 « *La visite à domicile est un bel outil* », pour E2 « *dans le reste de la prise en charge il y a bien sûr les visites à domicile quand c'est nécessaire* » et E3 confirme avec « *et bien sûr la visite à domicile* » qui vient finaliser si le retour est possible ou pas. Pour E1, le bémol provient du manque de temps en ergothérapie pour effectuer une visite à domicile « *pas à chaque situation car on manque de temps en ergo, une visite à domicile c'est une demi-journée et vu le temps qu'on a en ergothérapie...* ».

Concernant les revendeurs de matériel E1 nous dit « *mon rôle c'est d'orienter le patient sur des revendeurs qui pourraient lui fournir des aides techniques appropriées pour que le retour à son domicile se passe bien* », appuyé par E2, c'est le suivi des patients après l'hospitalisation par les revendeurs et la famille et ce retour informel formulés par ceux-ci « *Le contact avec les revendeurs et les familles aussi en vue de mettre en œuvre concrètement le retour dans les meilleures conditions et cela permet aussi d'avoir un retour après l'hospitalisation* ». E3 nous parle aussi de prévention pour éviter les réhospitalisations « *que la personne prenne confiance en elle pour sécuriser encore plus le retour à domicile et éviter les risques de chutes par exemple* ».

## 2.4. L'utilisation d'un modèle conceptuel ?

Les trois ergothérapeutes interrogés utilisent le modèle MDH-PPH sans conviction. Il est à souligner que E1 et E2 ont été formées à la MCRO récemment et E1 dit que *«ça me fait réfléchir beaucoup à mon accompagnement en ergothérapie et peut être à voir une autre façon de travailler »* ainsi que E2 *«il y a un outil vraiment passionnant ... c'est la MCRO... et c'est vrai que c'est un outil très pertinent et hyper intéressant qui fait ressortir les problèmes occupationnels »*.

## 3. Les difficultés et les leviers organisationnelles

### 3.1. Les difficultés

De manière consensuelle les ergothérapeutes, l'assistante sociale et le médecin évoquent les difficultés financières. Au niveau du suivi en ergothérapie après l'hospitalisation et de la préconisation d'aide technique non remboursée par la sécurité sociale mais aussi l'aménagement du domicile qui coûte souvent beaucoup d'argent. Même si les patients ont les moyens financiers, il semble qu'il existe une difficulté pour trouver des ergothérapeutes en libéral (E1, E2 et E3) et un manque d'adresse à proposer. Le médecin est en opposition il évoque *« faut-il un suivi systématique de tous les patients ? c'est pas forcément certain si les choses ont été bien bordées dès le départ »*.

La récupération physique du patient, de ses capacités motrices ou cognitives limitées peuvent compromettre le retour à domicile mais aussi la personne âgée isolée, le manque d'entourage proche ou avec des difficultés familiales (E1, E2, E3). Le contexte social est aussi un frein pour trouver des professionnels de santé ou pour les mettre en place rapidement (AS et M).

Voici également des difficultés exprimées par les interviewés, comme un manque de retour après l'hospitalisation pour savoir si ce qui a été mis en place est ajusté (E1), un manque de temps pour E3 ou le fait de ne pas pouvoir faire de visite à domicile pour M.

### 3.2. Les leviers

Il existe plusieurs leviers pour améliorer l'organisation de ce retour à domicile pour les participants à ces entretiens comme l'intérêt de réaliser l'évaluation initiale rapidement pour cerner les problématiques tôt (E3). Les moyens financiers qui permettent d'acheter les

préconisations de l'ergothérapeute et qui peuvent faciliter le retour à domicile (E2), mais aussi la famille qui peut être un atout E1).

Pour l'assistante sociale la famille est un support important et facilitateur, elle signifie également l'importance des préconisations de l'ergothérapeute pour qu'elle puisse trouver les financements adéquats d'où l'intérêt de la visite à domicile.

Le médecin parle d'équipe mobile de gériatrie pour le suivi après l'hospitalisation « ***le patient on lui a donné un papier avec tout ce qui fallait faire et la personne est perdue et du coup quelqu'un qui l'aide à mettre en place des choses, voilà c'est ce genre de choses qui peuvent vraiment améliorer le maintien*** ». Il mentionne également au niveau organisationnel le programme « ***Prado*** » de l'assurance maladie qui fonctionne sous certaines conditions mais qui permet d'améliorer le relais hôpital-domicile et qui n'est pas suffisamment exploité. Renforcer l'interface ville-hôpital via le logiciel existant, il insiste particulièrement « ***il faut vraiment améliorer les ponts de communication (...) c'est un gros sujet à mon avis qui peut vraiment permettre d'améliorer les choses. (...) que les intervenants de ville sont bien informés, parce que là c'est bien joli de faire des synthèses dans son coin à l'hôpital avec tous les intervenants mais si on implique pas les intervenants de ville qui vont prendre le relais derrière c'est sûr que c'est un problème*** ».

## **4. Les difficultés et les leviers institutionnelles**

### **4.1. Les difficultés**

L'unanimité des réponses autour du manque de temps pour la préparation du retour, de la visite à domicile, du suivi après l'hospitalisation et le fait de se libérer pour les réunions de synthèse (E1, E2, E3, AS, M) est significatif.

Cela peut être aussi la difficulté de faire adhérer le personnel soignant sur des préconisations mis en place à l'hôpital par l'ergothérapeute (E2), mais aussi à l'extérieur et le manque d'aide à domicile et le manque de bras (E3, M).

Au niveau de l'institution le fait de maintenir les réunions de synthèse systématiquement est difficile (M).

## 4.2. Les leviers

Le travail d'équipe ressort particulièrement lors des entretiens comme un levier institutionnel très important (E2, E3, AS, M) tout comme la réunion de synthèse et le partage des informations lors de ce moment où sont réunis les différents soignants de l'équipe.

Une amélioration sur laquelle le médecin a particulièrement insisté, c'est l'amélioration et le partage avec les intervenants de ville à développer.

## 5. Le vécu personnel

### 5.1. Les outils utilisés

Les professionnels de santé interrogés ont cités des outils comme le dossier du patient source d'informations partagés par tous les soignants. L'assistante sociale révèle « ***c'est un outil qui me sert pour m'appuyer sur le bilan de l'ergothérapeute pour pouvoir suivre ses préconisations*** »

La réunion de synthèse où tout le monde s'accorde pour révéler l'importance de ce rassemblement des soignants pour parler du patient sur les difficultés mais aussi sur le projet souhaité ou souhaitable après l'hospitalisation. D'autre part La visite à domicile est un outil « ***puissant*** » pour l'ergothérapeute E3, mais aussi « ***pas forcément systématique*** » pour le médecin « ***mais dans certains cas de retour à domicile qui nous paraisse particulièrement fragile*** ».

L'évaluation gériatrique approfondie citée par le médecin « ***c'est vraiment cela qui a prouvé que les patients avaient un meilleur outcom*** » est un outil indispensable « ***les cardiologues ils ont l'électrocardiogramme et nous on a l'évaluation gériatrique approfondie*** ».

### 5.2. Les expériences partagées

Une donnée revient dans les différentes expériences partagées c'est la communication « ***l'échange informel, rien ne remplace la discussion*** », attention car chaque cas est particulier pour (E2). A l'inverse du dossier du patient ou tout est tracé en revanche tout le monde ne le consulte pas mais le dossier informatisé demeure intéressant « ***pour que tout le monde est le même niveau d'information*** » E2 et pour cela « ***le travail d'équipe est indispensable*** » E2.

Ce travail pluridisciplinaire est mis en avant par E2 « ***L'aide-soignante notre alliée du quotidien*** » E2.

E3 a une remarque concernant les patients isolés qui retournent à leur domicile « **le passage de trop de soignants avec une dernière visite à 19H jusqu'au lendemain** ». Le médecin parle du « **Le logiciel ville hôpital et la hot line un enjeu pour sécuriser le retour à domicile des patients** », et peut être la centralisation des informations pour simplifier les démarches pour les patients avec la nouvelle branche autonomie de la sécurité sociale évoquée par E3.

Le médecin parle « **de L'expérience et le carnet d'adresse, c'est vraiment un réseau qu'on se fait, on a appris sur le tas** » pour ainsi développer « **un plan d'action et de suivi de ces actions** » partagé par tous les professionnels de santé. Il mentionne le médecin « **comme chef d'orchestre qui s'empare de la problématique** » pour un retour à domicile réussi.

## **6. La collaboration interprofessionnelle**

### **6.1. Les limites**

L'ensemble des interviewés révèlent ne pas avoir eu de formations en lien avec la coordination des soins et l'interprofessionnalité et avoir appris sur le « tas ». E1, E2, E3, AS, M.

L'ergothérapeute E1 dit être surtout attendus sur « **Les conseils sur les aides techniques et les aides humaines à mettre en place en vue d'un retour à domicile** » et insiste avec E2 sur le manque de prescription de séance d'ergo en libéral, d'argent aussi pour sécuriser le retour à domicile et le manque de suivi même si le patient peut encore progresser, elle parle de « **frustration** ».

« **Pour les patients atteints de maladie neurodégénérative il y a l'ESAD pour prendre le relais** » E1. Il n'existe pas des séances prises en charge pour le patient âgée poly pathologique en sortie d'hospitalisation.

L'assistante sociale est aussi en manque de suivi, mais révèle en revanche « **je passe le relais à l'AS de secteur** ».

Le médecin alerte sur le fait de « **ne pas se substituer aux familles** » et de ainsi mettre une limite d'intervention et insiste sur la nécessité de « **Communiquer avec les intervenants de ville, améliorer l'interface ville/hôpital** » cela est pour lui primordial.

## 6.2. Les apports

Il émerge une forte énergie à collaborer entre les différents professionnels de santé de l'hôpital, avec notamment l'assistante sociale mais aussi les soignants du domicile E1, E2. L'assistante sociale, évoque son rôle dans le suivi des aides mis en place à domicile, leur bon fonctionnement, ceci appuyé par le médecin.

La coordination est un dispositif d'articulation des soins entre la ville et hôpital important, la réunion de synthèse comme outil vient renforcer cela **« car c'est là que découlera tout le plan d'action cohérent et de suivi »** (M). Le partage des tâches lors de cette réunion est essentiel pour le médecin et la responsabilisation de chacun **« moi je pense que c'est vraiment gagnant/gagnant, c'est de l'empowerment car on se sent responsable de quelque chose, les soignants vont prendre en main à bras le corps le sujet et ils vont être une aide très importante pour les médecins »** et la contribution de l'ergothérapeute dans ce rôle **« je dirai que notre ergothérapeute a vraiment une vision d'ensemble de par sa formation »** et d'ajouter **« je pense que c'est aussi lié à votre formation et vos connaissances que vous avez dans le médical mais aussi dans le social vous êtes à même de remplir ce rôle, il y a une méconnaissance de ce que peut faire l'ergo »** (M).

E3 appuie sur cet aspect-là et rajoute aussi **« L'importance du médecin dans la coordination des soins »** et ce rôle de leader.

Il existe plusieurs axes d'améliorations expliqués par les professionnels interrogés :

Pour E1 et E2 l'importance du revendeur lors du retour à domicile et le suivi et la formation du matériel installé.

La sollicitation des familles comme apport et l'implication du patient lui-même dans sa prise en charge **«...comme expliquer l'ordonnance au patient, les papiers à la sortie de l'hôpital, ça fait partie des éléments qui préviennent le mieux les ré hospitalisations »** (M).

L'intervention des filières gériatriques de la métropole ou du département **« permettent un meilleur suivi et une meilleure transition, créer une synergie et ne pas travailler en parallèle »** (M).

Enfin le dossier patient informatisé de l'hôpital comme véritable atout dans la coordination des soins pour (E3).

### 6.3. Les sources de tension

La collaboration entre les soignants de l'hôpital mais aussi de ville peut être une source de tension nuisible pour la sortie du patient « *il peut arriver que cela soit un frein aussi, mauvaise ambiance ça peut être très compliqué.* » E2 « *mauvaise cohésion* » E3

Le médecin met également les rapports humains comme un problème potentiel mais aussi le manque de temps « *ce qui peut faire obstacle à tout ça c'est la mésentente entre les professionnelles tout simplement parce que c'est vraiment un travail d'équipe, il faut une communication qui soit fluide donc si c'est la zizanie dans le service et que les gens ne s'entendent pas et bien c'est sûr que le plan devient plus difficile à appliquer, donc un problème de temps et de personne* ».

### 6.4. La complémentarité avec les autres professionnelles

Il ressort de ces cinq entretiens une complémentarité assez forte entre l'ergothérapeute et l'assistante sociale « *La collaboration ergo/AS elle est centrale et hyper importante parce que cette collaboration va nous permettre d'avoir des arguments communs aussi auprès du médecin pour pouvoir ensuite décider du projet de la personne* » E1 et le médecin parle aussi de cette complémentarité « *l'ergo avec l'AS et c'est un bon duo qui peut être vraiment utile* » « *une fois qu'on a dit à l'ergothérapeute que le patient rentrait c'est vraiment elle qui prend la main avec l'aide de l'assistante sociale aussi* ». (M)

Cette complémentarité est entretenue, car ces métiers disposent d'informations complémentaires liées au patient, une réunion est mise en place ergo, AS et médecin quand la situation est compliquée « *on fait une réunion avec ces 3 corps de métiers pour bien expliquer à la famille la réflexion que nous avons eu* » « *cette réunion en plus de la réunion de synthèse est très importante aussi car on est au plus proche de l'environnement de la personne. On les appelle des réunions médicosociales* » E1

E2 parle de la complémentarité avec les kinés « *nous on voit les patients à leur arrivée en général avec les kinés si on peut, pour faire un bilan de ses capacités de locomotion, de transfert, de marche* », quant à E3 elle nous parle de sa collaboration avec les aides-soignantes pour le planning de ces interventions, avec le médecin et aussi pour les ordonnances à prévoir et avec l'AS pour la mise en place des aides.

# Discussion

## 1. Confrontation des résultats en rapport aux études théoriques

La suite de cette étude tiendra compte des résultats des entretiens précédents et sera confrontée aux données issues de la littérature écrite précédemment dans ce dossier mais aussi avec de nouveaux apports. Ceci nous ramènera à la question de départ afin d'établir une réflexion sur ce questionnement d'origine pour pouvoir ensuite élaborer une question de recherche.

### 1.1. Les évaluations et la visite à domicile pour la personne âgée polypathologique

La littérature scientifique met en avant l'importance de la visite à domicile (Lockwood et al., 2015), et c'est cela qui ressort également des entretiens réalisés. En effet, l'ergothérapeute possède cette expertise par son référentiel de compétences, il a ainsi une implication légitime dans le retour à domicile de la personne âgée. (Malheureusement, le manque de temps et d'argent peuvent être un frein pour ce retour et c'est cela qui émerge des entretiens et de la réalité du « terrain »).

Il apparaît, lors des entretiens, que le temps libéré par l'hôpital est moindre pour ces visites à domicile. Il semble que l'ergothérapeute puisse agir en intégrant en séance de rééducation/réadaptation à l'hôpital des nouvelles technologies (Liu, 2018).

En effet, des outils comme la vidéo peuvent permettre de visiter à distance le logement, même si cela semble moins performant qu'un déplacement au domicile de la personne.

Cela peut être aussi de créer le logement de la personne sur un ordinateur à l'aide d'un plan en trois dimensions, pour avoir une visualisation du domicile et ainsi travailler ensuite sur des mises en situation à l'hôpital et aussi avoir une meilleure compréhension des aménagements proposés.

La réalité virtuelle immersive (Burat et al., 2021) peut aussi être envisagée comme le Cave (Cave Automatic Virtual Environnement) qui permettrait de reproduire le domicile du patient et que celui-ci puisse évoluer virtuellement à l'intérieur.

## 1.2. L'utilisation d'un modèle en ergothérapie ?

Deux des ergothérapeutes interrogées rapportent leur expérience concernant l'utilisation d'un modèle conceptuel en ergothérapie qui change leur pratique actuelle. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) et la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) sont des outils avec lesquels les ergothérapeutes viennent d'être formées et elles envisagent de changer leur prise en charge du patient grâce à cela (Law et al., 1990).

Les modèles en ergothérapie sont surtout utilisés depuis 2010 (*Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute.pdf*, s. d.) et la refonte des études pour accéder au diplôme d'ergothérapeute. Cela peut expliquer l'utilisation moindre pour les trois ergothérapeutes interviewées.

Il n'est pas rapporté d'expérience concernant l'utilisation du modèle MOH cité dans la partie théorique, avec notamment l'impact de l'environnement du patient qui influence sa participation occupationnelle. Cependant comme le rapporte (Morel, 2017) le modèle de l'occupation humaine (MOH) et le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) » se situent bien dans le même esprit » et permettent « une réflexion et un raisonnement clinique » à l'aide des outils d'évaluation élaborés pour ces modèles.

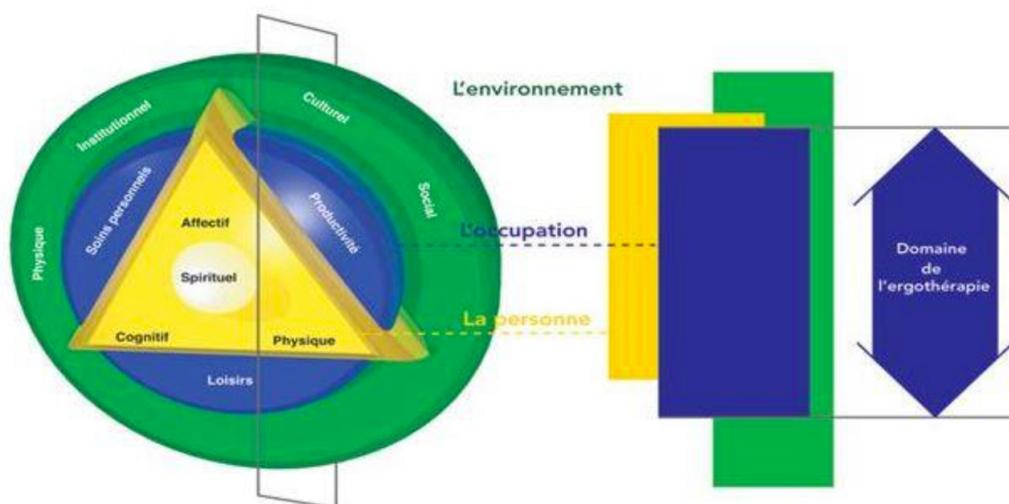


Figure 3 Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (Morel, 2017)

### **1.3. Le retour à domicile et après ?**

Un point important relevé par les ergothérapeutes lors des entretiens est le manque de suivi des patients en libéral pour poursuivre l'accompagnement à domicile, en contradiction le médecin pose la question est-ce nécessaire si tout a bien été préparé en amont ? Ceci n'est pas relevé dans la littérature proposée précédemment mais une réponse partielle est apportée lors des entretiens, avec le manque de temps et d'argent pour poursuivre ces suivis.

Toutefois une nouvelle recherche dans la littérature scientifique avec cette problématique évoquée lors des interviews a permis de trouver des données (Lefebvre et al., 2007, p90) intéressantes « La visite précoce des patients par une équipe pluridisciplinaire permet d'améliorer l'orientation des patients.... garantir l'accès de tous à des soins de qualité et promouvoir l'efficacité ». L'ergothérapeute fait partie de cette équipe pluridisciplinaire relevé dans cet article. L'assistante sociale est une aide importante dans ce cadre-là, pour trouver les aides financières appropriées et cela est mis en avant lors de tous les entretiens réalisés.

Il est intéressant de relever la barrière que s'imposent les ergothérapeutes sur la proposition d'un suivi en libéral après l'hospitalisation par manque de contact avec les professionnels de ville, mais aussi une limite financière qui peut être induite mais ne correspondant pas forcément à la réalité.

### **1.4. La collaboration interprofessionnelle (apports, tensions)**

Ce point n'a pas fait l'objet d'une recherche spécifique lors de l'écriture de la partie théorique et pourtant lors des entretiens réalisés ce point sur la collaboration apparaît régulièrement, notamment dans la coordination des soins. Le médecin dit qu'on est très fort dans la coordination des soins mais qu'il manque de bras sur le terrain ce qui rejoint la position de (Ennuyer, 2014a, p191) « beaucoup de situations difficiles, à domicile, n'ont aujourd'hui pas d'issue, non pas à cause du manque de coordination, mais essentiellement du fait qu'il n'y a pas, sur le terrain, les moyens concrets de la politique du maintien à domicile, affichée dans le discours depuis 50 ans. »

Cela rejoint aussi ce que mentionne le médecin et l'évaluation gériatrique standardisée et son importance lors de la prise en soin pluridisciplinaire de la personne âgée , appuyé par les recommandations de l'has concernant l'EGS (*ORGANISATION DES PARCOURS*, 2014, s. d, p16) qui est « définit comme une procédure diagnostique multidimensionnelle et pluridisciplinaire qui permet d'identifier les problématiques médicales, psychosociales et fonctionnelles d'un sujet âgé dans l'objectif de proposer un plan de soins coordonné et intégré à long terme ». Ce travail pluridisciplinaire impose une organisation et des outils, la réunion de synthèse en fait partie.

Aussi les sources de tension de ce travail d'équipe qui ressortent des entretiens peuvent affecter la prise en soin du patient âgée et sont liées à cette interdisciplinarité. Cela peut créer « une mauvaise ambiance » au sein de l'équipe mais aussi provoquer des « tensions » liés au manque de temps.

Le médecin se définit comme « un chef d'orchestre » et se montre garant du bon fonctionnement de l'équipe « en tant que médecin il faut impulser ça d'autant plus comme chef de service que je suis des courts séjours », il mentionne le rôle de l'ergothérapeute comme important dans cette coordination des professions.

### **1.5. L'amélioration de la communication ville/hôpital**

On sort un peu du champ d'intervention de l'ergothérapeute mais l'amélioration de la communication ville/hôpital mis en avant par le médecin semble intéressante à développer et l'ergothérapeute de l'hôpital a un rôle à jouer dans cette échange.

En effet, pour que les évaluations de l'ergothérapeute de l'hôpital, puissent servir aux professionnels de santé de ville, cela peut paraître intéressant via le logiciel mentionné par le médecin, d'assurer le transfert des données par un autre moyen qu'un compte rendu de fin de séjour donné au patient. Le médecin dit que ce logiciel est sous utilisé et insiste sur la nécessité de faire ce lien appuyé par (Fournier, 2002) et l'importance de la coordination des soins, néanmoins (Alao et al., s. d.) alerte sur l'utilisation de ses nouvelles technologies d'information et de communication pour assurer une meilleure continuité de soins indispensable mais qui peuvent compromettre l'anonymat du patient si cela est mal utilisé. Le médecin mentionne également l'explication de l'ordonnance du patient en sortie

d'hospitalisation comme un axe d'amélioration pour éviter les réhospitalisations ce qui rejoint le document de l'(HAS, 2015 *note\_methodologique\_polyopathie\_de\_la\_personne\_agee.pdf*, s. d.) et la polymédication concernant la personne âgée polypathologique. Autre point abordé par le médecin c'est la méconnaissance de ce que peut faire l'ergothérapeute par les professionnels de ville.

## 2. Intérêts et limites de la recherche

Ce travail doit aboutir sur une question de recherche qui pourrait faire l'objet d'une poursuite d'étude, mais notons déjà les limites pouvant entraver cette étude :

- Une limite par rapport aux professionnels interrogés, les trois ergothérapeutes exercent à l'hôpital gériatrique mais leurs postes et leurs missions sont différentes ce qui peut influencer leurs réponses. Le nombre d'entretiens est faible pour obtenir des réponses ajustées quant à la pratique de chaque ergothérapeute et de balayer toutes les spécificités.
- Une limite sur le choix de l'outil d'investigation, tous les entretiens n'ont pas été menés en présentiel et la visio peut représenter un biais car les échanges ne sont pas les mêmes avec notamment l'analyse de la communication non verbale. La grille d'entretien n'est pas basée sur une approche reconnue et la validité des résultats peut être impactée.
- Une limite aussi sur les questions associées aux différents thèmes abordés en effet l'outil auraient nécessité plus de questions de relance.

## 3. Question de recherche et suggestions pour la poursuite de l'étude

Ce travail de recherche met le domicile et le retour comme un élément essentiel dans le parcours post-hospitalier de la personne âgée polypathologique. L'exploration de la littérature dans la partie théorique a permis de comprendre la contribution de l'ergothérapeute dans cette transition ville/hôpital, aussi les entretiens ont mis en avant de manière unanime cette visite avec néanmoins une contrainte de temps et d'argent lié à la limite institutionnelle. Des données probantes appuient cela (Shepperd et al., 1998) avec notamment « la réadaptation quotidienne à domicile prodiguée par une équipe comptant des ergothérapeutes entraîne une

réduction des coûts pour le système national de santé et de services sociaux et pour la personne ». Une autre étude montre que « Les adaptations de logement réduisent la nécessité de visites quotidiennes et réduisent ou suppriment les coûts des soins à domicile » (Heywood & Turner, s. d, 2007).

La synthèse de cette recherche a également mis en avant l'utilisation de la technologie comme un outil pouvant faciliter le travail de l'ergothérapeute et de potentiellement libérer du temps et peut-être de l'argent. Ces nouvelles technologies sont en évolution constante et nécessite de s'intéresser à cela pour une application à l'ergothérapie au bénéfice des patients. La réalité virtuelle existe déjà en ergothérapie et commence à apporter des solutions avec notamment une application à la visite à domicile (Burat et al., 2021).

Il serait donc intéressant d'explorer différents dispositifs pour améliorer la visite à domicile avec les nouvelles technologies mis à disposition de l'ergothérapeute.

La question de recherche élaborée pourrait être celle-ci :

**Comment la réalité virtuelle pourrait aider l'ergothérapeute pour la visite à domicile lors de la sortie d'hospitalisation de la personne âgée polypathologique ?**

# Conclusion

Ce travail de recherche m'a permis de faire le lien entre le vieillissement démographique de la population Française et notre système de santé et cela semble être un enjeu majeur, moral et financier pour les années à venir. Cet écrit questionne l'organisation du retour à domicile pour la personne âgée polypathologique, la contribution de l'ergothérapeute dans le parcours de soin de ces personnes et notamment cette étape si importante de la sortie de l'hospitalisation. Lors de ma formation en ergothérapie, j'ai eu l'occasion de faire plusieurs visites à domicile pour des personnes âgées polypathologiques, un moment où l'ergothérapeute est particulièrement attendu pour son expertise. J'ai pu découvrir lors de cette recherche l'importance de cet outil, même si cette visite n'est pas toujours réalisable pour les contraintes temporelles et financière évoquées précédemment.

Ensuite ce travail relate les pratiques de trois ergothérapeutes auprès de personnes âgées polypathologiques et leurs contributions pour un retour à domicile après une hospitalisation, mais aussi les expériences d'une assistante sociale et d'un médecin gériatre. Les résultats et leurs analyses amènent au constat suivant :

les ergothérapeutes commencent à utiliser des outils de type modèle conceptuel en ergothérapie pour guider leur pratique. Elles mentionnent l'utilisation d'outils d'évaluation (MCRO) liés à ce modèle (MCREO) qu'elles utilisent et surtout la visite à domicile comme moyen de préparer ce retour en sécurité et de manière fiable.

Elles stipulent que la collaboration interprofessionnelle est très importante tout comme l'assistante sociale et le médecin.

Ce dernier fait mention de l'amélioration de la communication ville/hôpital comme un axe de progression pour éviter les réhospitalisations mais aussi la connaissance du métier d'ergothérapeute par les professionnelles de santé de ville.

La notion de temps et de moyen financier revient également énormément et réfléchir autour d'une amélioration autour de ces critères-là peut paraître judicieux, ce qui m'amène au constat suivant :

Les pratiques des ergothérapeutes sont en constante évolution et l'apport des nouvelles technologies aussi, ce qui a beaucoup apporté à la profession sur ces dix dernières années. La domotique, le numérique, l'intelligence artificielle, la réalité virtuelle sont autant de progrès technologiques modernes, et l'ergothérapeute se réinvente lors de chacune de ces progressions et ne loupe pas le train de ces métamorphoses de notre quotidien.

Je fais le lien avec ce travail qui pourrait être poursuivi autour de la question suivante :

Comment la réalité virtuelle pourrait aider l'ergothérapeute pour la visite à domicile lors de la sortie d'hospitalisation de la personne âgée polypathologique ?

# Bibliographie

- A, L. (1999). *Les mesures de la qualité de vie*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Alao, O., Anceaux, F., Beuscart, R., & Beuscart-Zéphir, M. C. (s. d.). 2001 *La communication ville-hopital : Un modele pour ameliorer la continuite des soins*.
- Amyot, J.-J. (2016). Chapitre 6. La qualité de vie au cœur de nos vies quotidiennes. In *Travailler auprès des personnes âgées* (p. 227-290). Dunod. <https://www.cairn.info/travailler-aupres-des-personnes-agees--9782100728589-p-227.htm>
- André, V., & Ille-Roussel, M. (2021). *Gérontologie et société*, 43 / 165(2), 85-106. *Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute.pdf*. (s. d.).
- Berthel, M., & Peter-Bosquillon, M.-C. (2012). Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires : Acteurs et métiers du soin. *Gérontologie et société*, 35 / n° 142(3), 15-30. <https://doi.org/10.3917/g1.142.0015>
- Billard, G., Madoré, F., & Angonnet, S. (2021). Construire sa résidence pour un bien vieillir : Le cas du cohousing en Amérique du Nord. *Gérontologie et société*, 43 / 165(2), 33-49. <https://doi.org/10.3917/g1.165.0033>
- Bouillon, K., Kivimaki, M., Hamer, M., Sabia, S., Fransson, E. I., Singh-Manoux, A., Gale, C. R., & Batty, G. D. (2013). Measures of frailty in population-based studies : An overview. *BMC Geriatrics*, 13(1), 64. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-64>
- Braverman, L., Dufour-Kippelen, S., & Fermon, B. (2021). Un dispositif Ehpad « hors les murs » : L'utilisation par ses bénéficiaires. *Gérontologie et société*, 43 / 165(2), 263-277. <https://doi.org/10.3917/g1.165.0263>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2014). Bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé et qualité de vie. In *Psychologie de la santé* (p. 3-82). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bruch.2014.01.0003>
- Burat, J., Mandigout, S., Sombardier, T., & Perrochon, A. (2021). *Intérêt de la réalité virtuelle dans le retour à domicile du patient : Le CAVE au service de l'ergothérapie* *Occupational therapy and virtual reality for the return home* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V7N1.179>

Clément, R. (2017). Etude de cohorte descriptive de patients âgés chuteurs et fragiles admis en unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA). *MEDECINE INTERNE*.

Coursier, P. (2020). Vers une « 5ème branche » de la Sécurité sociale ? *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 27(3), 20-26.  
<https://doi.org/10.3917/jdsam.203.0020>

*DRESS, 2019\_infographie\_aidants\_des\_personnes\_agees\_0.pdf*. (s. d.). Consulté 4 janvier 2023, à l'adresse [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/2019\\_infographie\\_aidants\\_des\\_personnes\\_agees\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/2019_infographie_aidants_des_personnes_agees_0.pdf)

Dreyer, P. (2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie: *Gérontologie et société*, 39 / n° 152(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/g1.152.0009>

Ennuyer, B. (2014a). Chapitre 7. La coordination, mission impossible ? In *Repenser le maintien à domicile* (p. 185-198). Dunod. <https://www.cairn.info/repenser-le-maintien-a-domicile--9782100552726-p-185.htm>

Ennuyer, B. (2014b). *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation*. Dunod.

*Fiche de poste afeg 4 ergotherapeute en EMG.pdf*. (s. d.). Consulté 7 janvier 2023, à l'adresse [http://afeg.asso.fr/index\\_htm\\_files/Fiche%20de%20poste%20afeg%204%20ergotherapeute%20en%20EMG.pdf](http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%20de%20poste%20afeg%204%20ergotherapeute%20en%20EMG.pdf)

*Fiche de poste afeg 5 ergotherapeute en SSR geriatrique.pdf*. (s. d.).

Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2012). *Assessment of motor and process skills* (7th ed., rev). Three Star Press.

Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M.-F., & Vanasse, A. (2006). Relationship Between Multimorbidity and Health-Related Quality of Life of Patients in Primary Care. *Quality of Life Research*, 15(1), 83-91.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-005-8661-z>

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 / n° 100(1), 131-147. <https://doi.org/10.3917/g1.100.0131>

- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity : Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), 255-263. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255>
- Guide\_proche-aidant.pdf*. (2021), [https://www.economie.gouv.fr/files/files/2021/guide\\_proche-aidant.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/2021/guide_proche-aidant.pdf).
- Guide\_reseaux\_de\_sante.pdf*. (2012), [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)
- HAS, (2014) *ORGANISATION DES PARCOURS*. (s. d.). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps\\_fonctions\\_appui\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps_fonctions_appui_25_09_14.pdf)
- HAS, (2015) *Note\_methodologique\_polypathologie\_de\_la\_personne\_agee.pdf*. (s. d.). Consulté 8 novembre 2022, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)
- Heywood, F., & Turner, L. (s. d.). 2007, *Better outcomes, lower costs*.
- Institut national de la statistique et des études économiques—2020—Tableaux de l'économie française. Edition 2020.pdf*. (s. d.).
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign : The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.326>
- Joël, M.-È. (2003). Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID: *Revue française des affaires sociales*, 1, 103-122. <https://doi.org/10.3917/rfas.031.0103>
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1 Part 1), 20-30. [https://doi.org/10.1093/geront/10.1\\_Part\\_1.20](https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20)
- Kerschen, N. (2021). Le modèle luxembourgeois du maintien à domicile des personnes dépendantes. *Gérontologie et société*, 43 / 165(2), 245-261. <https://doi.org/10.3917/gsl.165.0245>
- Kielhofner, G. (2017). *Kielhofner's model of human occupation : Theory and*

*application* (R. R. Taylor, Éd.). Wolters Kluwer.

Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure : An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 57(2), 82-87. <https://doi.org/10.1177/000841749005700207>

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (s. d.). *Assessment of Older People : Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living*.

*Le métier de gériatre – Annuaire CNP*. (s. d.). Consulté 16 mai 2023, à l'adresse <https://www.cnpgeriatrie.fr/le-metier-de-geriatre/>

Lefebvre, S., Lefebvre, D., Cordier, K., & Sengler, J. (2007). Équipe Mobile Interdisciplinaire de Rééducation et de Réadaptation : L'expérience mulhousienne. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 27(2), 89-91. [https://doi.org/10.1016/S0242-648X\(07\)78386-X](https://doi.org/10.1016/S0242-648X(07)78386-X)

Liu, L. (2018). L'ergothérapie à l'ère de la quatrième révolution industrielle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85, E1-E14. <https://doi.org/10.1177/0008417418817563>

Lockwood, K., Taylor, N., & Harding, K. (2015). Pre-discharge home assessment visits in assisting patients' return to community living : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(4), 289-299. <https://doi.org/10.2340/16501977-1942>

Meyer, S. (1997). *Le processus de l'ergothérapie*. Ecole d'études sociales et pédagogiques.

Meyer, S., Hernandez, H. P., & Morel-Bracq, M.-C. P. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck supérieur.

Michel, H. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : Apports, limites et enjeux d'une démarche préventive: *Retraite et société*, n° 62(1), 174-181. <https://doi.org/10.3917/rs.062.0174>

Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux*

*concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudefroy, C., Thevenon, A., & Dewailly, P. (2002). Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly : A randomized trial study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(4), 247-252.

<https://doi.org/10.1097/00002060-200204000-00002>

Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. De Boeck Supérieur.

*Rapport\_libault\_spta\_vdef.pdf*. (s. d.). Consulté 24 septembre 2022, à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_libault\\_spta\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf)

*Reussir\_l\_adaptation\_de\_-logements\_grace\_a\_l\_ergotherapie\_janvier2021.pdf*. (s. d.). [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Reussir\\_l\\_adaptation\\_de\\_-logements\\_grace\\_a\\_l\\_ergotherapie\\_janvier2021.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Reussir_l_adaptation_de_-logements_grace_a_l_ergotherapie_janvier2021.pdf)

Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people : An evolving concept. *CAN MED ASSOC J*.

Shepperd, S., Harwood, D., Jenkinson, C., Gray, A., Vessey, M., & Morgan, P. (1998). Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I : Three month follow up of health outcomes. *BMJ*, 316(7147), 1786-1791.

<https://doi.org/10.1136/bmj.316.7147.1786>

*SynthesePagescours des comptes*.(s. d.), 2005  
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/SynthesePagees.pdf>

Trouvé, E. (2012). *Ergothérapie en gériatrie. Approches cliniques*. De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn.info/ergotherapie-en-geriatrie--9782353270590.htm>

Trouvé, É., & Drosso, F. P. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck Supérieur.

*Vf\_-rh30\_-2018\_03\_20.pdf*. (s. d.). Consulté 15 mai 2023, à l'adresse [https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf\\_-rh30\\_-2018\\_03\\_20.pdf](https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-rh30_-2018_03_20.pdf)

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>

*WHO-Active-Ageing-Framework.pdf*. (s. d.). Consulté 15 mai 2023, à l'adresse <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing->

Framework.pdf

Winance, M. (2007). Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 25(4), 83-91. <https://doi.org/10.1684/sss.2007.0404>

# Annexes

ANNEXE 1 : Assessment of Motor and Process Skill.....	II
ANNEXE 2 : Échelle d'équilibre de Berg.....	IV
ANNEXE 3 BME (Bilan modulaire d'ergothérapie).....	X
ANNEXE 4 : (Échelle de Katz) Évaluation du niveau de dépendance dans les activités basiques de la vie quotidienne.....	XV
ANNEXE 5 : (Échelle de LAWTON) Évaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne.....	XVI
ANNEXE 6 : MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. Il permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne en parcourant les différents domaines du MOH. ....	XVII
ANNEXE 7 : Guides d'entretien .....	XXI
ANNEXE 8 : Grille d'analyse .....	XXIV
ANNEXE 9 : Formulaire de consentement.....	XXV

## ANNEXE 1 : Assessment of Motor and Process Skill

Le AMPS est un outil d'évaluation des habiletés motrices et opératoires, et de leur impact sur la performance occupationnelle. Le AMPS permet d'observer et d'analyser des tâches de la vie quotidienne, à travers des mises en situation standardisées (plus de 120 tâches sont disponibles) (Fisher & Jones, 2012)

### FEUILLE DE COTATION AMPS (page 1 sur 2)

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification : \_\_\_\_\_  
Ergothérapeute : \_\_\_\_\_  
Genre :  Homme  Femme Diagnostic principal : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_  
Date d'évaluation : \_\_\_\_\_ Numéro d'observation :  1  2  3  4  
Numéro de tâche : \_\_\_\_\_ Nom de la tâche : \_\_\_\_\_

#### COTER LA QUALITE DE PERFORMANCE (QdP) DE LA PERSONNE DANS CETTE TÂCHE

	<i>Pas de problème</i>	<i>Questionnable</i>	<i>Minimal</i>	<i>Modéré</i>	<i>Marqué</i>	<i>Excessif ; ne peut être testé</i>
<i>Effort augmenté</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Efficacité diminuée</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Sécurité diminuée</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Assistance nécessaire</i>	1	2	3	4	5	6

LIGNE DE BASE GLOBALE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTIMEZ LA CAPACITE GLOBALE DE LA PERSONNE A VIVRE DANS LA COMMUNAUTE (considérez tout ce que vous savez sur la personne)

- La personne peut/pourrait vivre de façon indépendante
- La personne a/aurait besoin d'une assistance ou supervision minimale
- La personne a/aurait besoin d'une assistance modérée à maximale

NOTES

## FEUILLE DE COTATION AMPS (page 2 sur 2)

### SCORES BRUTS DES ITEMS

Habilités motrices AVQ			Habilités opératoires AVQ		
<i>POSITION DU CORPS</i>			<i>SOUTENIR LA PERFORMANCE</i>		
1.	Se stabilise	4 3 2 1	16.	Rythme	Déjà coté sous habiletés motrices
2.	S'aligne	4 3 2 1	17.	Est attentif	4 3 2 1
3.	Se positionne	4 3 2 1	18.	Maintient son but	4 3 2 1
<i>OBTEINIR ET TENIR DES OBJETS</i>			<i>APPLIQUER DES CONNAISSANCES</i>		
4.	Atteint	4 3 2 1	19.	Choisit	4 3 2 1
5.	Se penche	4 3 2 1	20.	Utilise	4 3 2 1
6.	Attrape	4 3 2 1	21.	Manie	4 3 2 1
7.	Manipule	4 3 2 1	22.	Demande	4 3 2 1
8.	Coordonne	4 3 2 1	<i>ORGANISATION TEMPORELLE</i>		
<i>SE MOUVOIR ET MOUVOIR DES OBJETS</i>			23.	Initie	4 3 2 1
9.	Déplace	4 3 2 1	24.	Continue	4 3 2 1
10.	Soulève	4 3 2 1	25.	Séquence	4 3 2 1
11.	Marche	4 3 2 1	26.	Termine	4 3 2 1
12.	Transporte	4 3 2 1	<i>ORGANISER L'ESPACE ET LES OBJETS</i>		
13.	Calibre	4 3 2 1	27.	Recherche/Localise	4 3 2 1
14.	Est fluide	4 3 2 1	28.	Rassemble	4 3 2 1
<i>SOUTENIR LA PERFORMANCE</i>			29.	Organise	4 3 2 1
15.	Endure	4 3 2 1	30.	Range	4 3 2 1
16.	Rythme	4 3 2 1	31.	Navigue	4 3 2 1
			<i>ADAPTER LA PERFORMANCE</i>		
			32.	Remarque/réagit	4 3 2 1
			33.	Ajuste	4 3 2 1
			34.	Adapte	4 3 2 1
			35.	Tire Bénéfice	4 3 2 1

## ANNEXE 2 : Échelle d'équilibre de Berg

Évaluer quantitativement l'équilibre et les risques de chute chez les adultes âgés.

### TEST D'ÉQUILIBRE: ÉCHELLE DE BERG

#### Objectifs du programme :

Le participant effectuera un appui unipodal et une position tandem en ajoutant au moins 2 secondes de plus que le temps qu'il a établi à l'évaluation initiale dans chacun de ces tests et obtiendra deux points de plus au résultat total du test de Berg.

#### Équipements nécessaires :

- Chronomètre
- Ruban à mesurer ou règle de 25 cm
- Chaise avec et sans appui-bras (hauteur de 45 cm)
- « Step » (hauteur de 19,5 cm)
- Ruban adhésif

#### Procédures :

L'évaluateur autorisé doit :

- S'assurer que le participant porte des chaussures fermées.
- Démontrer chaque épreuve au participant.
- Répéter les mêmes directives à chacun des participants et ce, en pré évaluation et en post évaluation.
- Indiquer au participant qu'il peut prendre la jambe de son choix pour les épreuves en appui unipodal et tandem (jambe de devant).
- Noter le plus bas niveau obtenu par le participant.
- Remplir **tout le formulaire** afin de rendre les résultats fidèles et valides.

(Pendant le test, le patient ne peut utiliser une aide à la marche et ne peut obtenir l'assistance de l'évaluateur).

## TEST D'ÉQUILIBRE: ÉCHELLE DE BERG

Berg, KO., Wood-Dauphine, S., Williams JI., & Maki BE.(1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Canadian Journal of Public Health, 83, 7-11.

Version française : Kinésithérapie, les cahiers, 2004, vol. 32-33, p.50-59.

### 1. Passer de la position assise à debout

INSTRUCTIONS: Veuillez vous lever en essayant de ne pas vous aider avec les mains.

- ( ) 4 Peut se lever sans l'aide des mains et garder son équilibre
- ( ) 3 Peut se lever seul avec l'aide de ses mains
- ( ) 2 Peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs essais
- ( ) 1 Besoin d'un peu d'aide pour se lever ou garder l'équilibre
- ( ) 0 Besoin d'une aide modérée ou importante pour se lever

### 2. Se tenir debout sans appui

INSTRUCTIONS: Essayez de rester debout 2 minutes sans appui.

- ( ) 4 Peut rester debout sans danger pendant 2 minutes
- ( ) 3 Peut tenir debout pendant 2 minutes, sous surveillance
- ( ) 2 Peut tenir debout 30 secondes sans appui, sous surveillance
- ( ) 1 Doit faire plusieurs essais pour tenir debout 30 sec sans appui
- ( ) 0 Est incapable de rester debout 30 sec sans aide

***Si un sujet est capable de tenir debout 2 minutes sans appui, donnez un pointage de 4 pour se tenir assis sans appui. Continuez à l'item #4.***

3. **Se tenir assis sans appui, pieds au sol ou sur un tabouret**

INSTRUCTIONS: SVP Asseyez-vous avec les bras croisés pour deux minutes.

- ( ) 4 Peut rester assis sans danger pendant 2 minutes
- ( ) 3 Peut rester assis pendant 2 minutes, sous surveillance
- ( ) 2 Peut rester assis pendant 30 secondes, sous surveillance
- ( ) 1 Peut rester assis pendant 10 secondes, sous surveillance
- ( ) 0 Est incapable de rester assis 10 secondes sans appui

4. **Passer de la position debout à assise**

INSTRUCTIONS: SVP Asseyez-vous.

- ( ) 4 Peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement des mains
- ( ) 3 Contrôle la descente avec les mains
- ( ) 2 Contrôle la descente avec le derrière des jambes sur la chaise
- ( ) 1 S'asseoir sans aide, sans contrôler la descente
- ( ) 0 A besoin d'aide pour s'asseoir

5. **Transferts**

INSTRUCTIONS: Placez la chaise pour un transfert pivot. Allez de la chaise (avec accoudoirs) à la chaise (sans accoudoir) et revenez.

- ( ) 4 Exécute sans difficulté, en s'aidant un peu des mains
- ( ) 3 Exécute sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains
- ( ) 2 Exécute avec des instructions verbales et/ou surveillance
- ( ) 1 A besoin d'être aidé par quelqu'un
- ( ) 0 A besoin de l'aide/surveillance de deux personnes

**6. Se tenir debout les yeux fermés**

INSTRUCTIONS: Fermez les yeux et restez immobile 10 secondes.

- ( ) 4 Peut se tenir debout sans appui pendant 10 secondes, sans danger
- ( ) 3 Peut se tenir debout pendant 10 secondes, sous surveillance
- ( ) 2 Peut se tenir debout pendant 3 secondes
- ( ) 1 Incapable de fermer les yeux 3 secondes, mais garde l'équilibre
- ( ) 0 A besoin d'aide pour ne pas tomber

**7. Se tenir debout les pieds ensemble**

INSTRUCTIONS: Placez vos pieds ensemble.

- ( ) 4 Peut joindre les pieds sans aide et rester debout 1 minute, sans danger
- ( ) 3 Peut joindre les pieds sans aide et rester debout 1 minute, sous surveillance
- ( ) 2 Peut joindre les pieds sans aide mais ne peut rester debout plus de 30 secondes
- ( ) 1 A besoin d'aide pour joindre les pieds mais peut tenir 15 secondes
- ( ) 0 A besoin d'aide et ne peut tenir 15 secondes

**8. Déplacement antérieur bras étendus**

INSTRUCTIONS: Levez les bras à 90°. Étendez les doigts et allez le plus loin possible vers l'avant.

- ( ) 4 Peut se pencher sans danger, 25 cm (10 pouces) et plus
- ( ) 3 Peut se pencher sans danger, entre 12 et 25 cm (5 et 10 pouces)
- ( ) 2 Peut se pencher sans danger, entre 5 et 12 cm (2 et 5 pouces)
- ( ) 1 Peut se pencher, mais sous surveillance
- ( ) 0 A besoin d'aide pour ne pas tomber

**9. Ramasser un objet par terre**

INSTRUCTIONS: Ramassez votre chaussure qui est devant vos pieds.

- ( ) 4 Peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger
- ( ) 3 Peut ramasser sa chaussure mais sous surveillance
- ( ) 2 Ne peut ramasser sa chaussure mais s'arrête à 2-5 cm (1-2 pouces) de l'objet et garde l'équilibre
- ( ) 1 Ne peut ramasser sa chaussure, a besoin de surveillance
- ( ) 0 Incapable d'exécuter l'exercice/a besoin d'aide pour ne pas tomber

**10. Se retourner pour regarder par-dessus l'épaule gauche et l'épaule droite**

INSTRUCTIONS: Retournez-vous et regardez directement derrière vous par-dessus votre épaule gauche. Faites le même mouvement à droite.

- ( ) 4 Se retourne des deux côtés; bon déplacement du poids
- ( ) 3 Se retourne d'un côté seulement, mauvais déplacement du poids de l'autre côté
- ( ) 2 Se retourne de profil seulement en gardant son équilibre
- ( ) 1 A besoin de surveillance
- ( ) 0 A besoin d'aide pour ne pas tomber

**11. Pivoter sur place (360 degrés)**

INSTRUCTIONS: Faites un tour complet de 360° et arrêtez. Puis, faites un autre tour complet de l'autre côté.

- ( ) 4 Peut tourner 360° sans danger de chaque côté en < 4 secondes
- ( ) 3 Peut tourner 360° sans danger d'un seul côté en < 4 secondes
- ( ) 2 Peut tourner 360° sans danger mais lentement
- ( ) 1 A besoin de surveillance ou de directives verbales
- ( ) 0 A besoin d'aide pour ne pas tomber

**12. Debout et sans support, placement alternatif d'un pied sur une marche ou tabouret**

INSTRUCTIONS: Placez en alternance un pied sur un tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le tabouret au moins 4 fois.

- ( ) 4 Peut tenir sans appui, sans danger et toucher 8 fois en 20 secondes
- ( ) 3 Peut tenir debout sans appui et toucher 8 fois en plus de 20 secondes
- ( ) 2 Peut toucher 4 fois sans aide et sous surveillance.
- ( ) 1 Ne peut toucher plus de 2 fois; a besoin d'aide
- ( ) 0 A besoin d'aide pour ne pas tomber/ne peut faire l'exercice

**13. Se tenir debout sans appui, un pied devant l'autre (noter le pied devant)**

INSTRUCTIONS: Placez un pied devant l'autre, le talon en contact avec les orteils de l'autre jambe. Si impossible, faites un grand pas.

- ( ) 4 Peut placer un pied directement devant l'autre sans aide et tenir la position 30 secondes  
\*\* NOTE : Continuer de chronométrer jusqu'à 60 secondes.
- ( ) 3 Peut faire un grand pas sans aide et tenir la position 30 secondes
- ( ) 2 Peut faire un petit pas sans aide et tenir la position 30 secondes
- ( ) 1 A besoin d'aide pour faire un pas mais peut tenir 15 secondes
- ( ) 0 Perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de se tenir debout.

**14. Se tenir debout sur une jambe (noter la jambe utilisée)**

INSTRUCTIONS: Tenez-vous sur une jambe le plus longtemps possible, sans prendre appui.

- ( ) 4 Peut lever une jambe sans aide et tenir plus de 10 secondes\*\*\*\* NOTE : Continuer de chronométrer jusqu'à 60 secondes.
- ( ) 3 Peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secondes
- ( ) 2 Peut lever une jambe sans aide et tenir de 3 à 5 secondes
- ( ) 1 Essaie de lever une jambe mais ne peut tenir 3 secondes tout en restant debout, sans aide
- ( ) 0 Ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber

**Feuille du participant**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

### ANNEXE 3 BME (Bilan modulaire d'ergothérapie)

Évaluation des capacités cognitives, motrices et sensorielles, des AVQ et des facteurs environnementaux. Il existe un module "habitat et mode de vie" également et particulièrement intéressant à utiliser lors de la visite à domicile.

## BME - Bilan Modulaire d'Ergothérapie Module Habitat et Mode de Vie

### RECUEIL D'INFORMATIONS

Nom de l'ergothérapeute :

Date :

#### 1. Données administratives

Nom :

Prénom :

Statut matrimonial :

Date de naissance :

Âge :

Langue usuelle :

Adresse principale :

Téléphone(s) :

Courriel :

#### 2. Organisation préalable au déplacement chez la personne (cocher la ou les réponses)

Type d'habitation

Appartement

Maison

Statut

Propriétaire

Bailleur social

Locataire

Autre  Préciser :

Accès au logement :

Digicode(s)

Ascenseur

Interphone

Marches

Étage

Stationnement

Visite possible en présence du patient :

oui  non

Personne(s) détentrice(s) des clefs :

#### 3. Réseau d'aide actuellement en place

Mentionner dans la case :  
- Ap pour aidant principal  
- Pc pour personne de confiance

Mentionner ci-dessous les coordonnées des personnes et les fréquences de leurs passages

Aidants	
Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant(s)	<input type="checkbox"/>
Ami(s)	<input type="checkbox"/>
Gardien	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
Professionnels	
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>
Infirmière libérale	<input type="checkbox"/>
SSIAD	<input type="checkbox"/>
Réseau de santé	<input type="checkbox"/>
Rééducateur	<input type="checkbox"/>
Aide à domicile	<input type="checkbox"/>
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/>

Autre

#### 4. Mesure de protection (cocher la ou les réponses)

Procuration	<input type="checkbox"/>	donnée à :	
			<b>Coordonnées de la personne nommée</b>
		Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/>
Protection juridique établie	<input type="checkbox"/>	Curatelle	<input type="checkbox"/>
Protection juridique en cours	<input type="checkbox"/>	Tutelle	<input type="checkbox"/>

#### 5. Prestations (cocher la ou les réponses)

Portage de repas	<input type="checkbox"/>
Télé-alarme	<input type="checkbox"/>
Type de prestations, d'allocations (APA, Aide à domicile, autre)	<input type="checkbox"/>

#### 6. Aides techniques en place

~  
~  
~

#### 7. Principaux problèmes médicaux

-  
-

#### 8. Autres problèmes identifiés

Basse vision	<input type="checkbox"/>	Incontinence	<input type="checkbox"/>	Hospitalisations récentes (-3 mois)	<input type="checkbox"/>
Hypoacousie	<input type="checkbox"/>	Poly médication	<input type="checkbox"/>	Problèmes financiers	<input type="checkbox"/>
Perte de poids/malnutrition	<input type="checkbox"/>	Trouble du comportement	<input type="checkbox"/>	Problèmes familiaux	<input type="checkbox"/>
Trouble de l'équilibre / chute	<input type="checkbox"/>	État dépressif	<input type="checkbox"/>	Aidant en difficulté	<input type="checkbox"/>
Trouble des fonctions cognitives	<input type="checkbox"/>	Déni/Anosognosie	<input type="checkbox"/>		

#### 9. Projet de retour ou de maintien à domicile

Projet envisagé par la personne (Cf réponse de la personne dans le BME) :

Projet envisagé par la famille :

Retour à domicile	<input type="checkbox"/>
Maintien à domicile	<input type="checkbox"/>
Projet en cours de réflexion	<input type="checkbox"/>

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date :</b>
<b>Nom et prénom de l'aidant :</b>		
<b>Lien avec le patient:</b>		

Informations transmises par l'aidant	
<b>Éléments marquants pouvant expliquer la situation actuelle :</b> ~	<b>Retentissements récents de l'état fonctionnel sur la vie quotidienne :</b> ~

Activités habituellement réalisées par le patient <small>(A évaluer avec le patient et l'aidant)</small>	La réponse est donnée par				Renseigner les détails dans l'espace ci-dessous
	le patient		l'aidant		
	oui	non	oui	non	
<b>A des activités de loisirs à l'extérieur</b>					~
<b>Conduit son automobile</b>					~
<b>Utilise les transports en commun</b>					~
<b>Fait ses grandes courses (magasin ou grande surface)</b>					~
<b>Gère ses papiers et ses factures</b>					~
<b>Entretient le domicile</b>					~
<b>Gère son argent (Carte bancaire, chèque, liquide)</b>					~
<b>Fait ses petites courses dans les commerces de proximité (pain, journal, médicaments)</b>					~
<b>Entretient le linge</b>					~
<b>A des activités de loisirs chez lui</b>					~
<b>Prépare ses repas</b>					~
<b>Équilibre sa nourriture</b>					~
<b>Gère les dates de péremption des produits</b>					~
<b>Prépare ses médicaments</b>					~
<b>Gère la prise des médicaments</b>					~
<b>Peut donner l'alerte en cas d'incident ou de malaise</b>					~

Nom :

Prénom :

Date :

<b>Évaluation des principaux lieux de vie</b>		Accessibilité	Qualité du matériel	Éclairage	Chauffage	
Coter de 1 à 4 selon les critères de l'échelle ci-dessous, en faisant correspondre chaque lieu de l'habitat avec chaque paramètre						
Renseigner les détails dans l'espace ci-dessous						
<b>Accès divers (mobilité)</b>	Parking					~
	Entrée Extérieure					~
	Hall d'immeuble ou Cour					~
	Traversée du jardin					~
	Ascenseur					~
	Escaliers extérieurs					~
	Entrée intérieure					~
	Escaliers intérieurs					~
<b>Lieux d'activités de vie quotidienne et de loisirs</b>	Couloirs					~
	Salon					~
	Cuisine					~
	Salle à manger					~
	Chambre					~
	Toilettes					~
	Salle de bains					~
<b>Servitudes</b>	Balcon					~
	Buanderie					~
	Garage					~
	Cellier					~
	Cave					~
		0	0	0	0	Total : 0 /268
<b>Échelle et critères</b>						
1	2	3	4			
<b>Aménagement non envisageable</b>	<b>Aménagement fortement recommandé</b> <i>(sécurité clairement engagée)</i>	<b>Aménagement préconisé</b> <i>(sécurité non clairement engagée)</i>	<b>Absence d'obstacle identifié</b>			

<b>Évaluation des équipements et services dans le quartier</b>
--

	Présence		Accessibilité		
	oui	non	oui	non	
<i>Services de proximité (santé et social)</i>					~
<i>Équipements urbanistiques (trottoirs...)</i>					~
<i>Commerces de proximité</i>					~

(Renseigner les détails dans l'espace ci-dessous)

*Indiquer par NC (Non concerné) les lieux qui n'existent pas ou qui ne sont pas utilisés par la personne*

### **Synthèse**

ANNEXE 4 : (Échelle de Katz) Évaluation du niveau de dépendance dans les activités basiques de la vie quotidienne

Activities of Daily Living (ADL) Katz	
Visite 1	
...../...../.....	
Entourez le score correspondant	
<b>1. Se laver</b>	
1	Se lave complètement sans aucune aide.
2	A besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture.
3	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus que sous la ceinture.
4	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture.
<b>2. S'habiller</b>	
1	S'habille et se déshabille sans aide.
2	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets).
3	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture.
4	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture.
<b>3. Se déplacer</b>	
1	Se lève et se déplace de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide d'un tiers.
2	Se lève de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome.
3	A absolument besoin de l'aide d'un tiers pour se lever et se déplacer.
4	Est grabataire ou en fauteuil roulant et dépend des autres pour se déplacer.
<b>4. Aide aux toilettes</b>	
1	Va seul aux toilettes et s'essuie sans aide.
2	A besoin de l'aide partielle de tiers pour aller aux toilettes et s'essuyer.
3	Doit entièrement être aidé pour aller aux toilettes et s'essuyer.
4	Ne peut aller aux toilettes, ni sur une chaise percée.
<b>5. Continence</b>	
1	Est continent pour les urines et les selles.
2	Est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris).
3	Est incontinent pour les urines.
4	Est incontinent pour les selles et les urines.
<b>6. Manger</b>	
1	Mange et boit seul.
2	Mange et boit seul mais avec une aide préalable.
3	Mange et boit avec une aide partielle.
4	Mange et boit avec une assistance totale.

# IADL de LAWTON

## Instrumental Activity of Daily Living

### Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL - Lawton)

Référence :

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9(3):179-86

Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. Four Instrumental Activities of Daily Living Score as a predictor of one-year incident dementia. Age ageing 1993;22(6):457-63.

Entourer la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet (une seule réponse par item).

#### Capacité à utiliser le téléphone

- 0 Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.
- 1 Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- 1 Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas
- 1 Je suis incapable d'utiliser le téléphone
- 1 Je suis incapable d'utiliser le téléphone

#### Capacité à utiliser les moyens de transport

- 0 Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture)
- 1 Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- 1 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- 1 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- 1 Je ne me déplace pas du tout

#### Responsabilité pour la prise des médicaments

- 0 Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
- 1 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- 1 Je suis incapable de les prendre de moi-même

#### Capacité à gérer son budget

- 0 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...)
- 1 Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses)
- 1 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

- Score aux 4 IADL = somme item téléphone + transport + médicaments + budget  
Score total (0 à 4)

ANNEXE 6 : MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. Il permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne en parcourant les différents domaines du MOH.

## MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool)

### Outil d'évaluation de la participation occupationnelle

copyright : Gary Kielhofner, Kirsty Forsyth, Sue Parkinson (traduit par Gladys Mignet) (2017). MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. De Boeck Supérieur.

Nom : ..... Age : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe :      Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Eléments médicaux ..... .....	Ergothérapeute : ..... Signature : ..... Date du 1 <sup>er</sup> contact : ...../...../..... Date de l'évaluation : ...../...../..... Cadre des interventions : ..... .....
---	--

<b>Echelle de cotation</b>	F P L E	<b>Facilite</b> la participation occupationnelle <b>Permet</b> la participation occupationnelle <b>Limite</b> la participation occupationnelle <b>Empêche</b> la participation occupationnelle
----------------------------	------------------	---

#### ANALYSE DES FORCES ET DES LIMITES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### SOMMAIRE DES COTATIONS

Motivation pour l'occupation	Profil d'occupation	Habilités de communication et d'interaction	Habilités opératoires	Habilités motrices	Environnement .....
Auto-évaluation des aptitudes	Attente de réussite	Intérêt	Choix	Routine	Adaptabilité
Rôles	Responsabilité	Habilités non-verbales	Conversation	Utilisation de la voix	Relations
Connaissance	Organisation dans le temps	Organisation de l'espace	Résolution de problèmes	Posture et mobilité	Coordination
Force et effort	Energie	Espace physique	Ressources physiques	Groupes sociaux	Exigences occupationnelles
F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P
L	L	L	L	L	L
E	E	E	E	E	E

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française  
 Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

MOTIVATION POUR L'OCCUPATION		
<b>Auto-évaluation des aptitudes</b> Compréhension des forces et des limites actuelles Juste confiance en ses habiletés Juste perception de sa compétence Conscience de sa capacité	<b>F</b>	Évalue de façon juste ses capacités, reconnaît ses forces, conscient de ses limites.
	<b>P</b>	Tendance modérée à sous/surévaluer ses habiletés, reconnaît certaines de ses limites.
	<b>L</b>	Sans soutien, a des difficultés à comprendre ses forces et ses limites.
	<b>E</b>	Ne se questionne pas sur ses habiletés, échoue à estimer ses aptitudes de façon réaliste. <i>Commentaires :</i> .....
<b>Attente de réussite</b> Optimisme et espoir Sentiment d'efficacité personnelle Sentiment de contrôle et sentiment d'identité personnelle	<b>F</b>	Anticipe la réussite et recherche des défis, optimiste quant aux obstacles à surmonter.
	<b>P</b>	A un certain espoir de réussir, croyance en soi adéquate, mais a quelques doutes, peut avoir besoin d'encouragement.
	<b>L</b>	Requiert un soutien pour garder son optimisme afin de surmonter les obstacles, pauvre sentiment d'efficacité personnelle.
	<b>E</b>	Pessimiste, se sent désespéré, abandonne face à des obstacles, n'a pas le sentiment de contrôler la situation. <i>Commentaires :</i> .....
<b>Intérêt</b> Plaisir Satisfaction Curiosité Participation	<b>F</b>	Passionné, curieux, « plein de vie », essaie de nouvelles occupations, exprime du plaisir, persévère, semble satisfait.
	<b>P</b>	A des centres d'intérêt adéquats qui guident ses choix, a quelques occasions de réaliser ses centres d'intérêt.
	<b>L</b>	Difficulté à identifier ses centres d'intérêt, l'intérêt est de courte durée, ambivalent quant au choix d'occupations.
	<b>E</b>	S'ennuie facilement, incapable de cerner ses centres d'intérêt, apathique, manque de curiosité même avec du soutien. <i>Commentaires :</i> .....
<b>Choix</b> Investissement approprié Disposition au changement Sens des valeurs et signification Préférences et buts	<b>F</b>	Préférences claires et sens de ce qui est important, motivé pour travailler à l'atteinte des buts occupationnels.
	<b>P</b>	Généralement capable de faire des choix, peut nécessiter des encouragements pour fixer et travailler à l'atteinte des buts.
	<b>L</b>	Difficulté à identifier ce qui est important ou à fixer et à travailler à l'atteinte des buts, inconstant.
	<b>E</b>	Ne peut définir de but, impulsif, confus, les buts sont irréalisables ou basés sur des valeurs antisociales. <i>Commentaires :</i> .....

PROFIL D'OCCUPATION		
<b>Routine</b> Équilibre Organisation des habitudes Structure Productivité	<b>F</b>	Capable d'aménager une routine d'activités quotidiennes organisée et productive.
	<b>P</b>	Généralement capable de maintenir ou de suivre un programme quotidien organisé et productif.
	<b>L</b>	Difficulté à organiser sans soutien des routines d'activités quotidiennes équilibrée et productives.
	<b>E</b>	Routine chaotique ou vide, ne peut soutenir les responsabilités et les buts, routine désordonnée. <i>Commentaires :</i> .....
<b>Adaptabilité</b> Anticipation du changement Réaction habituelle au changement Tolérance au changement	<b>F</b>	Anticipe le changement, modifie ses actions ou sa routine afin de répondre à la demande (flexible/conciliant).
	<b>P</b>	Généralement capable de modifier ses comportements, peut avoir besoin de temps pour s'adapter, hésitant.
	<b>L</b>	Difficulté à s'adapter au changement, réticent, passif ou réagit habituellement de façon démesurée.
	<b>E</b>	Rigide, incapable d'adapter ses routines ou de tolérer le changement. <i>Commentaires :</i> .....
<b>Rôles</b> Identité liée aux rôles Variété de rôles Sentiment d'appartenance Implication	<b>F</b>	S'identifie à une variété de rôles qui lui procurent un sens identitaire et un sentiment d'appartenance.
	<b>P</b>	S'identifie généralement à un ou plusieurs rôles, lesquels lui procurent un certain sentiment d'appartenance.
	<b>L</b>	Identification limitée à des rôles, trop de rôles ou conflit entre les rôles, pauvre sentiment d'appartenance.
	<b>E</b>	Ne s'identifie à aucun rôle, peu d'exigences reliées aux rôles, aucun sentiment d'appartenance. <i>Commentaires :</i> .....
<b>Responsabilité</b> Compétence liée aux rôles Répond aux attentes Remplit ses obligations S'acquitte de ses responsabilités	<b>F</b>	Réalise les activités de façon fiable et répond aux attentes liées aux obligations inhérentes aux rôles.
	<b>P</b>	Assume la majorité des responsabilités, répond à la plupart des attentes, s'acquitte de la majorité des obligations liées aux rôles.
	<b>L</b>	Sans soutien, difficulté à répondre aux attentes et à remplir les obligations liées aux rôles.
	<b>E</b>	Aptitude limitée à répondre aux exigences des activités et aux obligations, incapable de réaliser des activités liées aux rôles. <i>Commentaires :</i> .....

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

HABILETES DE COMMUNICATION ET D'INTERACTION	
<b>Habilités non-verbales</b> Contact visuel Gestuelle Orientation du corps Proximité	<b>F</b> Langage corporel approprié (voire spontané) à la culture et aux circonstances.
	<b>P</b> Généralement capable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié.
	<b>L</b> Difficulté à contrôler/démontrer un langage corporel approprié (à retardement / limité / désinhibé).
	<b>E</b> Incapable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié (absent / discordant / dangereux / agressif).
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Conversation</b> Être informatif Initier et poursuivre Contenu du discours Langage	<b>F</b> Initie, entretient et poursuit une conversation, et donne les informations de façon appropriée (clair / direct / ouvert).
	<b>P</b> Généralement capable d'utiliser un langage ou des signes pour échanger efficacement de l'information.
	<b>L</b> Difficulté à initier, poursuivre une conversation, ou à donner des informations (hésitant/brusque/limité/hors sujet).
	<b>E</b> Ne communique pas ou donne des informations de façon inappropriée, atypique ou décousue.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Utilisation de la voix</b> Intonation Articulation Volume Rythme	<b>F</b> Intelligible, articule, ton, volume et rythme appropriés.
	<b>P</b> Utilisation de la voix généralement appropriée sur le plan du ton, du volume et du rythme.
	<b>L</b> Difficulté à s'exprimer (marmonne / débit de parole rapide / monotone).
	<b>E</b> Incapable de s'exprimer (incompréhensible / trop faible ou fort / trop rapide ou trop lent).
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Relations</b> Coopération Collaboration Rapport à autrui Respect	<b>F</b> Sociable, apporte du soutien, conscient des autres, maintient l'engagement, amical, est facilement en relation avec les autres.
	<b>P</b> Généralement capable d'être en relation avec les autres et démontre la plupart du temps une conscience des besoins des autres.
	<b>L</b> Difficulté à coopérer ou crée peu de relations positives.
	<b>E</b> Incapable de coopérer avec les autres ou de créer des relations positives.
	<i>Commentaires</i> : .....

HABILETES OPERATOIRES	
<b>Connaissance</b> Chercher et retenir l'information Savoir quoi faire dans une activité Savoir comment utiliser les objets	<b>F</b> Cherche et retient l'information pertinente, sait comment utiliser les outils de façon appropriée.
	<b>P</b> Généralement capable de chercher et retenir l'information et sait comment utiliser les outils.
	<b>L</b> Difficulté à savoir comment utiliser les outils, difficulté à demander de l'aide ou retenir de l'information.
	<b>E</b> Incapable d'utiliser les connaissances/outils, ne retient pas l'information, demande très souvent la même information.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Organisation dans le temps</b> Initier Terminer Séquencer Concentration	<b>F</b> Maintient sa concentration, débute, séquence et termine les occupations aux bons moments.
	<b>P</b> Généralement capable de se concentrer, d'initier, de séquencer et de terminer les occupations.
	<b>L</b> Concentration fluctuante ou facilement distrait, difficulté à initier, séquencer et terminer.
	<b>E</b> Incapable de se concentrer, incapable d'initier, de séquencer ou de terminer les occupations.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Organisation de l'espace</b> Arranger l'espace et les objets Propreté Préparation Rassembler les objets	<b>F</b> Cherche efficacement, rassemble et range les outils/objets requis pour l'occupation (propre).
	<b>P</b> Généralement capable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets requis.
	<b>L</b> Difficulté à chercher, à rassembler et à ranger les outils ou objets, semble désorganisé/désordonné.
	<b>E</b> Incapable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Résolution de problèmes</b> Jugement Adaptation Prise de décision Réactivité	<b>F</b> Fait preuve d'un bon jugement, anticipe les difficultés et trouve des solutions réalisables (rationnel).
	<b>P</b> Généralement capable de prendre des décisions selon les difficultés qui surviennent.
	<b>L</b> Difficulté à anticiper, à s'adapter aux difficultés qui surviennent, cherche à être rassuré.
	<b>E</b> Incapable d'anticiper et de s'adapter aux difficultés qui surviennent et prend des décisions inappropriées.
	<i>Commentaires</i> : .....

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

HABILETES MOTRICES	
<b>Posture et mobilité</b> Se stabiliser S'aligner Se positionner S'équilibrer Marcher Atteindre Se pencher Se transférer	<b>F</b> Stable, se tient droit, indépendant, flexible, bonne gamme de mouvement (voire agile).
	<b>P</b> Généralement capable de maintenir sa posture et sa mobilité dans l'occupation, de façon indépendante ou avec aides techniques.
	<b>L</b> Parfois instable malgré l'utilisation d'aides techniques, lent ou y parvient avec difficulté.
	<b>E</b> Très instable, incapable d'atteindre quelque chose et de se pencher ou incapable de marcher.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Coordination</b> Manipulation Aïssance du mouvement Fluidité Habiletés motrices fines	<b>F</b> Coordonne les différentes parties de son corps entre elles, fait des mouvements fluides et harmonieux (peut être adroit).
	<b>P</b> Une certaine maladresse ou rigidité cause des interruptions mineures dans l'occupation.
	<b>L</b> Difficulté à coordonner ses mouvements (gauche / tremble / maladroit / rigide).
	<b>E</b> Incapable de coordonner, de manipuler et de faire des mouvements fluides.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Force et effort</b> Saisir Manier Déplacer Soulever Transporter Calibrer	<b>F</b> Saisit, déplace et transporte les objets en sécurité avec une force et vitesse adéquates (peut être fort).
	<b>P</b> La force et l'effort sont généralement suffisants pour la plupart des tâches.
	<b>L</b> Difficulté à saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse adéquates.
	<b>E</b> Incapable de saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse appropriées.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Énergie</b> Endurance Rythme Attention Résistance	<b>F</b> Maintient des niveaux d'énergie appropriés, capable de maintenir le rythme tout au long de l'occupation.
	<b>P</b> L'énergie peut être légèrement faible ou élevée par moment, capable d'ajuster son rythme dans la plupart des tâches.
	<b>L</b> Difficulté à maintenir son énergie (se fatigue facilement/signe de fatigue/facilement distrait/agité).
	<b>E</b> Incapable de maintenir son énergie, inattentif, léthargique, inactif ou hyperactif.
	<i>Commentaires</i> : .....

ENVIRONNEMENT		Environnement où les habiletés ont été évaluées:.....
<b>Espace physique</b> Lieux pour les soins personnels, les activités productives et de loisirs Intimité et accessibilité Stimulation et confort	<b>F</b> L'espace offre toutes sortes de possibilités, favorise et stimule des occupations valorisantes.	
	<b>P</b> L'espace est généralement adéquat, permet de réaliser les occupations quotidiennes.	
	<b>L</b> Offre peu de possibilités et réduit la performance dans les occupations valorisantes.	
	<b>E</b> L'espace restreint les possibilités et empêche la performance dans les occupations valorisantes.	
	<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Ressources physiques</b> Ressources financières Équipement et outils Biens et moyens de transport Sécurité et indépendance	<b>F</b> Permettent d'atteindre facilement les buts occupationnels, l'équipement et les outils sont appropriés.	
	<b>P</b> Permettent généralement l'atteinte des buts occupationnels, peuvent présenter certains obstacles.	
	<b>L</b> Limitent la capacité à atteindre les buts occupationnels en sécurité, l'équipement et les outils sont inadéquats.	
	<b>E</b> Ont un impact majeur sur la capacité à atteindre les buts occupationnels, risques élevés dus à un manque d'outils.	
	<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Groupes sociaux</b> Dynamique familiale Ami(e)s et soutien social Climat de travail Attentes et implication	<b>F</b> Les groupes sociaux offrent un soutien concret, les valeurs et attitudes favorisent un fonctionnement optimal.	
	<b>P</b> Permettent généralement d'offrir un soutien mais peuvent montrer une « sous » ou une « sur » implication.	
	<b>L</b> Offrent un soutien limité ou nuisent à la participation; certains groupes sont soutenant et d'autres non.	
	<b>E</b> Ne favorisent pas la participation en raison d'un manque d'intérêt ou d'une implication inappropriée.	
	<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Exigences occupationnelles</b> Exigences des activités (soins personnels, productivité et loisirs) Normes culturelles Construction des activités	<b>F</b> Les exigences des activités correspondent bien aux aptitudes, aux centres d'intérêt, à l'énergie et au temps disponibles.	
	<b>P</b> Généralement cohérentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie et le temps disponibles et peuvent présenter des défis.	
	<b>L</b> Quelques incohérences évidentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie ou le temps disponibles.	
	<b>E</b> Globalement, incohérentes avec les aptitudes, les activités sont trop ou pas assez exigeantes.	
	<i>Commentaires</i> : .....	

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

ANNEXE 7 : Guides d'entretien

Grille d'entretien destinée aux ergothérapeutes		
Thématiques	Items	Questions
1 Parcours, contexte et pratique professionnelle.	Modèle	Quel est votre parcours de formation?
	Évaluation, bilan	Pouvez-vous me raconter comment se déroule la prise en charge en ergothérapie d'un patient âgé polypathologique à l'hôpital? Quels sont les bilans et/ou les modèles que vous utilisez? Comment évaluez-vous les situations? Pourquoi serait-il utile de conseiller de continuer les soins en ergothérapie après l'hospitalisation?
2 Les difficultés/Leviers	Organisationnels	Comment expliquez-vous qu'au retour à domicile d'une personne âgée polypathologique après une hospitalisation il n'y ait pas de suivi en ergothérapie en dehors de l'EMG? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de l'organisation du retour à domicile de la personne âgée polypathologique? A l'inverse qu'est ce qui facilite l'organisation du retour à domicile (matériel, procédures, réseaux).
	Institutionnels	
3 Vécu personnel	Formation initiale Outils	Quels outils (d.)aimeriez-vous utiliser pour faciliter la coordination des soins et le retour à domicile d'un patient âgé polypathologique? (réunions, dispositifs...)
	Expérience	Bénéficiez-vous de formation grâce à votre structure en lien avec la coordination des soins?
4 Collaboration interprofessionnelle	Limite de l'ergothérapeute	Comment est organisée la coordination des soins lors du retour à domicile de la personne âgée polypathologique? Pouvez-vous m'expliquer quelles sont les actions de l'ergothérapeute dans la coordination des soins lors d'un retour à domicile d'une personne âgée polypathologique? Question de relance : Quelles sont vos activités propres et activités partagées avec d'autres professionnels?
	Apport de l'ergothérapeute	
	Source de tension	
	complémentarité	

Grille d'entretien destinée aux assistantes sociales

Thématiques	Items	Questions
1 Contexte et pratique professionnelle	Modèle	<p>Pouvez- vous me raconter comment se déroule la prise en charge d'un patient âgé polypathologique à l'hôpital pour une assistante sociale?</p> <p>Quel est le suivi d'un patient âgé polypathologique après l'hospitalisation pour une assistante sociale?</p>
	Évaluation, bilan	
3 Vécu personnel	Outils utilisés	<p>Quel est votre parcours de formation?</p> <p>Bénéficiez- vous de formation grâce à votre structure en lien avec la coordination des soins?</p>
	Expérience	
2 Les difficultés/Leviers	Organisationnels	<p>Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de l'organisation du retour à domicile de la personne âgée polypathologique?</p>
	Institutionnels	
4 Collaboration interprofessionnelle	Limites/Apports de l'assistante sociale	<p>Comment est organisée la coordination des soins lors du retour à domicile de la personne âgée polypathologique?</p>
	Source de tension	<p>Pouvez-vous m'expliquer quelles sont les actions de l'assistante sociale dans la coordination des soins lors d'un retour à domicile d'une personne âgée polypathologique?</p>
		<p>Quelle collaboration avez-vous avec les ergothérapeutes dans cette coordination?</p>

Grille d'entretien destinée au médecin		
Thématiques	Items	Questions
1 Parcours, contexte et pratique professionnelle.	Modèle	Pouvez- vous me raconter comment se déroule la prise en charge d'un patient âgé polyopathologique à l'hôpital pour un médecin? Quels sont les bilans et/ou les modèles que vous utilisez? Comment évaluez-vous les situations?
	Évaluation, bilan	
2 Les difficultés/Leviers	Organisationnels	Comment expliquez-vous qu'au retour à domicile d'une personne âgée polyopathologique après une hospitalisation il n'y ai pas de suivi en ergothérapie en dehors de l'EMG? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de l'organisation du retour à domicile de la personne âgée polyopathologique? A l'inverse qu'est ce qui facilite l'organisation du retour à domicile (matériel, procédures, réseaux).
	Institutionnels	
3 Vécu personnel	Outils	Quels outils utilisez-vous pour faciliter la coordination des soins et le retour à domicile d'un patient âgé polyopathologique? (réunions, dispositifs...) Avez-vous bénéficié de formation spécifique en lien avec la coordination des soins?
	Expérience	
4 Collaboration interprofessionnelle	Limite de l'ergothérapeute	Comment est organisée la coordination des soins lors du retour à domicile de la personne âgée polyopathologique? Comment voyez-vous le rôle de l'ergothérapeute dans cette coordination? Qu'est ce qui pour vous peut faciliter la collaboration interprofessionnelle dans cette coordination. A l'inverse, qu'est ce qui peut rendre difficile la collaboration interprofessionnelle dans cette coordination? Comment sollicitez-vous l'ergothérapeute pour organiser le retour à domicile de la personne âgée polyopathologique? Quelles sont pour vous les limites de l'action de l'ergothérapeute dans le retour à domicile de la PA A l'inverse, quels sont pour vous les apports de l'ergothérapeute dans le retour à domicile de la PA?
	Apport de l'ergothérapeute	

**ANNEXE 8 : Grille d'analyse**

Thématiques	Indicateurs	E1	E2	E3	AS	MG	Synthèse
Parcours, contexte et pratique professionnelle	Évaluations/Bilans						
	Modèle						
Les difficultés et les leviers	Difficultés organisationnels						
	Leviers						
	Difficultés Institutionnelles						
	Leviers						
Vécu personnel	Outils utilisés						
	Expériences						
Collaboration interprofessionnelle	Limites						
	Apports						
	Source de tension						
	Complémentarité avec les autres professions						

## ANNEXE 9 : Formulaire de consentement



Université Claude Bernard Lyon 1

Date :

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) ..... reconnais prendre part volontairement à une étude réalisée par Laurent Pavit, étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, sous le tutorat de Christophe Buffavand

Cet entretien a pour but d'explorer les différentes actions de l'ergothérapeute dans la coordination des soins dans la transition hôpital/domicile pour la personne âgée polypathologique.

Je comprends que je suis libre d'interrompre ma participation à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque. Par ailleurs, je sais que je pourrais avoir accès aux données et analyses issues de cet entretien si je le souhaite.

J'accepte que cet entretien soit enregistré, et que les données soient utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Toutes les données récoltées, y compris celles figurant sur le présent formulaire (ainsi que mon lieu d'exercice), resteront confidentielles et seront anonymisées.

En échange de ce consentement, je soussigné Laurent Pavit, m'engage à respecter les règles de confidentialité et à détruire l'enregistrement audio une fois le travail terminé.

Coordonnées de l'intervieweur : [laurent.pavit@etu.univ-lyon1.fr](mailto:laurent.pavit@etu.univ-lyon1.fr)

Signature de l'interviewé :

Signature de l'intervieweur :



## **La contribution de l'ergothérapeute dans la transition de l'hôpital au domicile d'une personne âgée polypathologique.**

**Introduction :** La génération du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie entraînent une augmentation significative du nombre de personnes très âgées. Cette population pose des problèmes de santé spécifique qui nécessite une prise en charge dédiée de l'ergothérapeute dans l'accompagnement entre l'hôpital et le domicile.

**Objectifs:** Le but de cette étude est d'explorer comment les ergothérapeutes contribuent à la coordination des soins pour un retour à domicile réussi des patients âgés polypathologique.

**Méthode :** Un modèle qualitatif exploratoire a été utilisé. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Un guide d'entretien et une grille d'évaluation ont été élaborés. Cinq entretiens ont été menés. Trois ergothérapeutes, une assistante sociale et un médecin travaillant dans un hôpital gériatrique ont été interrogés sur leur expérience et leurs antécédents.

**Résultats :** Les soins sont multidisciplinaires et la communication entre les professionnels est considérée comme importante pour favoriser le retour à domicile de la personne âgée. La visite à domicile est considérée comme un élément essentiel pour assurer le retour à domicile des personnes âgées polypathologique. La participation de la famille ont été rapportées par les entretiens comme une contribution importante.

**Conclusion :** L'organisation institutionnelle de l'hôpital semble peser lourd dans le parcours du patient, de sorte que l'on constate un manque de temps pour préparer le retour à domicile. Par conséquent, il serait utile de poursuivre les recherches afin d'explorer les outils permettant d'améliorer le temps de l'ergothérapeute, comme l'utilisation de la technologie comme de la réalité virtuelle pour aider à la modification du domicile. Les nouvelles technologies au service de l'ergothérapeute comme outil supplémentaire pour améliorer le retour à domicile des personnes âgées polypathologique.

**Mots clés :** Personnes âgées polypathologique, ergothérapeute, transition, hôpital, retour à domicile, visite à domicile.

---

## **The contribution of the occupational therapist in the transition from hospital to home for elderly people with multiple diseases.**

**Background :** The baby-boom generation and the lengthening of life expectancy are leading to a significant increase in the number of very old people. This population poses specific health problems that require dedicated care from the occupational therapist in the support between hospital and return home.

**Objectives:** The purpose of this study is to explore how occupational therapists contribute to the coordination of care for a successful return home for elderly patients with multiple diseases.

**Methods:** A qualitative exploratory design was used. Semi-directive interviews were carried out. An interview guide and an evaluation grid were built. Five interviews were conducted. Three occupational therapists, one social worker and one doctor working in geriatric hospitals were interviewed about experiences and background.

**Results:** The care is multidisciplinary and communication between professionals is considered important in supporting the return home of the elderly person. The home visit was considered an essential element in securing the return home for elderly persons with multiple diseases and family participations, support was reported by the interviewees as an important contribution.

**Conclusion:** The institutional organization of the hospital seems to be heavy in the patient's journey, so a lack of time to prepare the return home is noticed. Therefore, further research would be useful to explore tools to improve the occupational therapist's time, such as using virtual reality technology to support home modification. New technologies serve as an additional tool for occupational therapists to enhance the homecoming process of elderly individuals with multiple diseases.

**Key words:** Elderly people, multiple diseases, occupational therapist, transition, hospital, return home, home visit.