

INSTITUT INTER REGIONAL DE FORMATION

EN ERGOTHERAPIE

MULHOUSE

**L'exercice libéral de l'ergothérapie
auprès de nos Aînés**

Mémoire d'initiation à la recherche

Pauline BRESSON

Mai 2015

*« Si nous ne changeons pas notre façon de penser,
nous ne serons pas capables de résoudre les problèmes
que nous créons avec nos modes actuels de pensée. »*

Albert EINSTEIN

Remerciements

Je remercie

*Mme LUTHRINGER Noémie, ma maître de mémoire,
et Mme KONOJACKI Stéphanie, ma référente professionnelle,
pour leur écoute, leur disponibilité et leur discernement
dans mon travail d'initiation à la recherche.*

Je remercie mes tutrices de stage,

*Mmes AUVINET Anne-Marie et HUTINET Stéphanie,
Mmes GAVORY Annie et TRUSSON Marie-Eve,
Mme HENNEQUIN Ghislaine,
Mme HILAIRE Lauriane,
Mmes LEQUEULX Aurélie, KIRSCHNER Karen et BEDEL Sophie,
ainsi que leurs collègues,
pour leur accompagnement et le témoignage de leur expérience professionnelle.
Vous avez façonné la petite ergothérapeute en devenir que je suis.*

*Je remercie l'ensemble des professionnels, médecins et ergothérapeutes, qui ont contribué à
la réalisation de ce mémoire en m'accordant un temps précieux pour mes entretiens et
questionnaires.*

*Je remercie l'ensemble des formatrices et formateurs ainsi que nos secrétaires de l'IIRFE qui
nous ont accompagnés à bras-le-corps au cours de ces trois années !*

Un merci tout particulier à Mme ECKENSCHWILLER Maud, ma référente pédagogique.

Merci à ma famille et mes amis.

Merci à Guillaume.

Sommaire

I.	Introduction	1
A.	Situation d'appel et constats.....	1
B.	Question de départ.....	2
II.	Problématisation.....	3
A.	Eléments documentaires.....	3
1.	L'ergothérapie.....	3
2.	L'exercice libéral	4
a)	Historique	4
b)	Public cible	5
c)	Coûts et financements.....	5
3.	L'ergothérapie en Gériatrie.....	6
a)	Notre rôle avant l'hospitalisation.....	6
b)	Notre rôle suite à l'hospitalisation.....	7
4.	Les dispositifs gérontologiques.....	7
B.	Entretiens exploratoires.....	11
C.	Question de recherche ou problématique.....	16
III.	Cadre théorique	17
A.	Concepts.....	17
1.	L'exercice libéral de l'ergothérapie	17
2.	Le maintien à domicile.....	21
3.	La personne âgée : de la vieillesse à la dépendance	23
B.	Hypothèses de réponses	26
IV.	Méthodologie de recherche	27
A.	Choix de l'outil d'enquête et de la population interrogée.....	27
B.	Guide d'entretien.....	29
1.	Méthodologie du recueil des données	29
2.	Passation et méthodologie de l'analyse des données	30
C.	Guide des questionnaires.....	30
1.	Méthodologie du recueil de données	30
a)	Questionnaire d'enquête à destination des ergothérapeutes libéraux	30
b)	Questionnaire d'enquête à destination des ergothérapeutes salariés	31
2.	Passation et méthodologie de l'analyse des données	31

V.	Résultats et analyse des données	31
A.	Résultats	31
1.	Résultats de l'entretien.....	31
2.	Résultat des questionnaires	32
a)	Questionnaires envoyés aux ergothérapeutes libéraux.....	32
b)	Questionnaires envoyés aux ergothérapeutes salariés, non libéraux	32
B.	Analyse des données	32
1.	Spécificités de l'exercice libéral de l'ergothérapie	33
a)	Installation en libéral et DE	33
b)	Mode d'installation.....	34
c)	Temps de travail	34
d)	Spécificités de l'exercice libéral VS l'exercice salarial	35
e)	Responsabilités et exercice libéral.....	36
f)	Motivations, raisons et avantages de l'installation	37
g)	Obstacles à l'installation.....	38
h)	Liens entre ergothérapeutes libéraux et ergothérapeutes salariés.....	39
i)	Analyse de la pratique	40
j)	Développement et reconnaissance de l'exercice libéral	41
2.	Personnes âgées et missions de l'exercice libéral	42
a)	Proportions des différents types de population.....	42
b)	Lieux d'intervention	42
c)	Choix de la gériatrie en libéral.....	43
d)	Interventions, missions et moyens mis en œuvre dans le maintien à domicile	44
e)	Suivi et prise en soins des personnes âgées	46
VI.	Discussion	48
A.	Conclusion de l'enquête.....	48
B.	Evaluation des hypothèses et nouvelles pistes de réflexions	48
C.	Critique de la méthode	49
VII.	Conclusion.....	50
VIII.	Bibliographie	51
IX.	Abstract	59

N.B. : Les annexes se trouvent dans un second livret, à part.

Glossaire

AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite Complémentaire des Cadres
ANAH : Agence Nationale de l'Habitat
ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
ANIL : Agence Nationale pour l'Information sur le Logement
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARDH : Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation
ARRCO : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVQ / AVJ : Activités de la Vie Quotidienne / Activités de la Vie Journalière
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (organisme de la Sécurité Sociale)
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle
DE : Diplôme d'Etat
Doloplus : échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale
DPC : Développement Professionnel Continu
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG : Equipe Mobile Gériatrique
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP : Equivalent Temps Plein
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EVS : Echelle Verbale Simple
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GIR : Groupe Iso-Ressource
HAD : Hospitalisation A Domicile
IEL : Instance Exercice Libéral
IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MMS : Mini Mental State
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
RAG : Réseau Alsace Gérontologie
SAD / SAAD : Service à domicile / Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SYNFEL : Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux

T2A : Tarification à l'activité

UCC : Unité Cognitivo-Comportemental

UMG : Unité Mobile Gériatrique

UNAPL : Union National des Professions Libérales

VAD : Visite à domicile

I. Introduction

A. Situation d'appel et constats

Je désire aborder ici l'exercice libéral de l'ergothérapie car il me semble qu'il soit moins développé que ses autres formes : 8,7% des ergothérapeutes sont en exercice libéral (libéral ou mixte, c'est-à-dire ayant un exercice salarié et un exercice libéral) selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), au 1^{er} janvier 2015, pour la France métropolitaine (cf. Annexe I : Nombre d'ergothérapeutes libéraux inscrits au fichier ADELI, p.1, et Annexe II : Effectifs par profession, sexe et situation professionnelle, Tableau 1, p.2). En comparaison, la proportion d'infirmiers libéraux par rapport au total des infirmiers Diplômés d'Etat (DE) en pourcentage était de 16% ; pour les psychomotriciens 16% également et pour les masseurs-kinésithérapeutes ont atteint la proportion de 79%. Comment se fait-il qu'il y ait un tel écart avec la proportion d'ergothérapeutes libéraux ? Pourquoi y a-t-il si peu d'ergothérapeutes libéraux ? N'y a-t-il pas de besoins et de demandes ?

Par ailleurs, deux aspects requièrent mon attention : que se passe t-il **avant** et **après** l'hospitalisation d'une personne âgée ? **Avant**, quelles sont les causes de l'hospitalisation ? Sont-elles évitables ? Pouvons-nous, dans le champ de nos compétences, les prévenir ? Quelles sont nos compétences en matière de prévention ? **Après**, quels contacts ont les ergothérapeutes exerçant en institution avec leurs patients rentrés à leur domicile ? Je me suis posée cette question suite à mon premier stage de deuxième année de formation. J'étais en Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) où j'ai pu assister au retour à domicile de plusieurs patients. Cela se passait bien. La personne était entourée, d'un point de vue institutionnel, par une assistante sociale, une ergothérapeute, une psychologue, qui faisaient ensemble le point sur les aides financières, les aides techniques, les aides humaines, auxquelles la personne pouvait prétendre. Ainsi, pour une personne âgée en perte d'autonomie par exemple, le CRF a permis qu'elle rentre chez elle et qu'une infirmière libérale passe pour lui donner ses médicaments ; une auxiliaire de vie pour l'aide à la toilette et l'habillage ; un portage des repas ; une aide ménagère, etc. Cependant, sur le long terme, les ergothérapeutes n'avaient plus de contact avec le patient suite à son retour à domicile. Est-ce que le patient utilise les aides techniques, les aides matérielles, et les aménagements préconisés par l'ergothérapeute avant sa sortie ? Oui ? Non ? Pourquoi ? Est-il satisfait des aides humaines mises en place ? A-t-il retrouvé une autonomie et une participation sociale satisfaisantes ? Sont-elles semblables à celles antérieures ? Ou sont-elles nettement inférieures à celles avant son hospitalisation ? Etc. « *Actuellement, nous ne savons pas quel est l'impact de notre prise en charge sur la participation sociale des patients après leur retour à domicile.* »¹, dixit des ergothérapeutes travaillant en gériatrie.

En outre, dans mon entourage, j'ai remarqué le partenariat que certains médecins généralistes mettaient en place avec des masseurs-kinésithérapeutes. Ils créent ensemble une maison médicale ou maison de santé, où le médecin généraliste peut orienter, si la prise en soins le nécessite, son patient directement vers son collègue masseur-kinésithérapeute de l'autre côté

¹ CARLIER G, BOSSAERT L, CASTELEIN P, *Impact sur la prise en charge ergothérapeutique sur la participation sociale des patients gériatriques*, p.39 (Extrait du livre : IZARD MH, *Expériences en ergothérapie*, Montpellier, Sauramps Médical, 2012, 268p.).

du couloir dans le même bâtiment ! La proximité permet une efficacité dans la prise en soins, une simplicité d'accès et un suivi des soins optimal. De plus, que ce soit en libéral ou en institution, le but de notre prise en soins en gériatrie est de rendre les patients les plus indépendants et autonomes possible dans leur lieu de vie. Or, dans leur pratique quotidienne, les ergothérapeutes qui exercent en institution, sont amenés à voir un grand nombre de patients en un temps limité. Ils n'ont donc pas toujours la possibilité d'approfondir leurs investigations. *In fine*, l'idéal ne serait-il pas d'« établir une collaboration avec des ergothérapeutes indépendants qui travailleraient les habitudes de vie directement dans l'environnement des patients »², sur leur lieu de vie ?

De plus, une citation a retenu mon attention : « Comment offrir aux plus âgées un espace de décision, une organisation qui respecte leurs choix ? Un service d'aide qui ne décide pas en lieu et place du bénéficiaire ? Une organisation qui mette la personne (âgée) au centre de ses actions mais en respectant ses options et ses priorités ? Comment "faire prendre conscience" de gestes inadaptés, de pratiques inadéquates, d'un environnement familial mais potentiellement dangereux ? Comment faire changer des habitudes qui rassurent ? Et quand il n'est plus possible de "faire soi-même", qui peut intervenir et comment ? »³. Il me semble, qu'il serait vain de penser qu'un ergothérapeute puisse répondre parfaitement et de manière exhaustive à ces questions. Cependant, elles pourraient être un réel challenge, une réelle motivation, une ligne de conduite pour un professionnel exerçant en libéral (ou en institution).

B. Question de départ

Suite à ces situations vécues et à mes lectures, j'ai donc été amenée à me questionner : est-ce qu'un ergothérapeute exerçant en libéral pourrait être à la fois un « préventeur » (éviter et prévenir l'hospitalisation) pour les personnes retraitées en bonne santé ainsi qu'un relais de proximité pour les personnes âgées sortant d'hospitalisation ? L'exercice libéral de l'ergothérapie a-t-il un impact, un intérêt, auprès des populations âgées par rapport aux autres modes d'intervention de l'ergothérapie ? Qu'apporte l'exercice libéral de l'ergothérapie en gériatrie au sein des réseaux de santé et quelle est sa place ? Est-ce qu'il apporte une plus value à notre profession et à nos pairs, les autres professions paramédicales ? Y-a-t-il une demande ? Si oui, laquelle ? De qui vient-elle ? De la population ? Du corps médical ? Des associations ? Des collègues paramédicaux ? Des associations d'aidants ? Pourquoi notre profession est elle plus développée dans d'autres pays, comme la Suisse, le Québec, la Belgique, qu'en France ? (cf. Annexe III : Densité des ergothérapeutes en Europe, p.3) En quoi le partenariat entre un ergothérapeute libéral et ses prescripteurs favoriserait-il le maintien à domicile des sujets âgés ? etc. Finalement, ma *question de départ* pourrait être formulée ainsi :

² CARLIER G, BOSSAERT L, CASTELEIN P, *Impact sur la prise en charge ergothérapeutique sur la participation sociale des patients gériatriques*, p.38 (Extrait du livre : IZARD MH, *Expériences en ergothérapie*, Montpellier, Sauramps Médical, 2012, 268p.).

³ BALLANT C, MEEUS P, *Pour une vie autonome à domicile* (2004), disponible sur internet : <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article161>, consulté le 04/08/2014.

« Quelle est la place de l'exercice libéral au sein des réseaux de santé et comment développer, promouvoir et accompagner le maintien à domicile des sujets âgés via ce type d'exercice auprès de nos prescripteurs et de nos financeurs ? »

Afin de trouver des réponses à ces questions, je souhaiterais tout d'abord réaliser un état des lieux et ensuite, aux vues de mes pérégrinations, proposer (ou non) une structure innovante (maison médicale suivant le modèle résiliaire c'est-à-dire où règne l'interdisciplinarité, où médecin, ergothérapeute, et autres professionnels paramédicaux coopèrent pour une prise en soins toujours plus optimale pour nos patients).

II. Problématisation

A. Eléments documentaires

1. L'ergothérapie

Du point de vue juridique, l'ergothérapie fait partie du Code de la Santé Publique : Quatrième partie (professions de santé) ; Livre III (Auxiliaires médicaux) ; Titre III (Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien) ; Chapitre 1.

Du point de vue de sa définition, nous citons Eric TROUVE⁴ qui définit, dans sa diffusion à l'Officiel des Aînés⁵, l'ergothérapie comme *« une profession de santé qui existe en France depuis les années 50. Son développement s'est d'abord réalisé dans le milieu institutionnel du grand handicap et s'étend progressivement à tout public et en milieu ordinaire de vie, au fur et à mesure que la médecine et les pouvoirs publics apprennent à identifier son savoir faire et à utiliser sa plus value. L'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Ses interventions ont pour but de réduire ou compenser les altérations et les limitations d'activité, de développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale des personnes. Formé à l'examen des effets physiques, moteurs, sensoriels, psychiques et cognitifs d'un accident, d'une maladie ou de l'avancée en âge, l'ergothérapeute analyse leurs interactions avec les facteurs environnementaux et personnels qui influencent la capacité à agir et à participer à la vie en société. Il cherche les solutions permettant d'atténuer ou d'éliminer les obstacles de l'activité (soins personnels, tâches domestiques, déplacements, communication, loisirs...) et de rétablir une adéquation entre la personne et son milieu de vie. Ses connaissances médicales, physiologiques et techniques lui permettent d'élaborer une réponse individualisée sur plusieurs niveaux : modification des habitudes de vie, apprentissages de compensations gestuelles, préconisation d'aides techniques et d'assistance technologiques et entraînement à leur utilisation, proposition de modification du cadre bâti, évaluation du besoin en aide humaine ou animale, guidance des aidants. Chacune de ces propositions se fait en fonction des autres pour une efficacité optimum. Formé à l'éducation pour la santé, son savoir faire lui permet d'intervenir de façon préventive en accompagnant les personnes au changement. Le recours aux services d'ergothérapie vont ainsi augmenter dans les domaines de la promotion de la santé, de la*

⁴ Eric TROUVE : Ergothérapeute Cadre de Santé, MSc. Directeur de l'IFE de Tours, Président du congrès national des rééducateurs en gériatrie et Président de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

⁵ Source : <http://www.officiel-aines.fr/index.php?id=act14>, consulté le 15/02/2015.

prévention et de la formation des populations à risque de perte d'indépendance et/ou d'autonomie : l'ergothérapie est un métier d'avenir. ». Cette définition met en lumière le caractère pluriel de la profession d'ergothérapeute : la prise en soins est globale. L'ergothérapeute exerce sa profession sur prescription médicale. Il intervient autant sur le nourrisson, l'enfant, l'adulte et la personne âgée. Ainsi, plusieurs secteurs d'activités et domaines de la santé ont recours aux ergothérapeutes : rééducation, réadaptation de l'adulte en établissement, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, centres, services de soins à domicile, structures médicosociales, management, gestion et direction de structures, libéral, Maison Départementale des Personnes Handicapées, services commerciaux, commerce d'aides techniques, assurances, instances administratives....

Selon ADELI⁶ 2015, nous remarquons une répartition hétérogène des ergothérapeutes par secteur d'activité. Les secteurs les moins investis sont : les établissements de **prévention**, **l'exercice libéral** et les établissements pour **personnes âgées** (cf. Annexe IV : Répartition des ergothérapeutes selon les secteurs d'activités, p.3). Pourquoi ?

2. L'exercice libéral

Nous avons cherché ici l'histoire de l'exercice libéral de l'ergothérapie en France, le public ciblé, les coûts et les financements. Nous développerons d'avantages les aspects techniques et administratifs de cet exercice dans notre cadre théorique ci-dessous (cf. *III. A. 1. L'exercice libéral de l'ergothérapie, p.17*).

a) Historique

L'exercice libéral de l'ergothérapie est un phénomène récent, il existe depuis une vingtaine d'années. L'augmentation des installations en libéral est constante depuis 10 ans. Peu d'écrits existent ce jour à ce sujet. Avant 1993, on recense quelques expériences isolées d'exercice indépendant de la profession (les premières installations datent de 1985). De 1993 à 1995, des demandes de prestations d'ergothérapie libérale ont émergé de la part d'établissements médico-sociaux pour des prestations auprès de leurs usagers, de particuliers pour une continuité de la rééducation suite à une période d'hospitalisation, de particuliers pour permettre le maintien à domicile et de médecins par des prescriptions médicales pour des soins de ville⁷. A cette période également, les Caisses d'Assurance Maladie se sont vues

⁶ Automatisation DEs Listes : « système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. Le numéro ADELI figure sur la Carte de professionnel de Santé (CPS) pour des professionnels relevant du code de la santé publique. » Source : www.sante.gouv.fr/repertoire-adeli.html, consulté le 15/02/2015.

⁷ Définition de « soins de ville » : « Les soins ambulatoires (ou soins de ville) comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales. » Source : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/soins-ambulatoires.htm>, consulté le 15/02/2015.

sollicitées pour le financement de prestations. Afin de tenter de répondre à cette demande, des ergothérapeutes ont fait le choix de se regrouper et de s'installer en libéral. De 1996 à 2002, un cadre de pratique pour les professionnels libéraux a été étudié, rédigé et mis en place, notamment via la Charte Française des Ergothérapeutes Libéraux ; la tarification commune des prestations ; la création d'un réseau d'ergothérapeutes libéraux (Instance Exercice Libéral de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes) ; la création d'une formation continue pour les ergothérapeutes souhaitant s'installer en libéral (depuis 1997) et enfin, en 2002, la création du Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux (SYNFEL)⁸. Ce phénomène est également lié au développement du réseau hôpital-ville qui raccourcit les temps d'hospitalisation.

b) Public cible

Nous avons recueillis trois répertoires sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), il s'agit de trois listes (non exhaustives, car tous les ergothérapeutes libéraux n'adhèrent pas à l'ANFE ni au SYNFEL) des ergothérapeutes adhérents de l'ANFE exerçant en libéral auprès d'enfants, d'adultes et de personnes âgées. Nous remarquons que parmi les 59 ergothérapeutes libéraux adhérents, 52 interviennent auprès d'enfants, 45 auprès d'adultes et seulement 39 auprès de personnes âgées. Pourquoi y-a-t-il moins d'intervention auprès des personnes âgées qu'auprès des enfants ou des adultes ?

c) Coûts et financements

Selon nos recherches documentaires, la principale contrainte au développement de l'exercice libéral de l'ergothérapie est le non remboursement des prestations. S'installer en libéral à donc à la fois un coût pour le thérapeute (matériel, assurances, déplacements...) et pour le patient. Les ergothérapeutes ne sont pas conventionnés avec les organismes sociaux, donc le prix d'une séance est libre et varie selon l'ergothérapeute et le type d'intervention. Une consultation en libéral peut coûter entre quarante et soixante-dix euros en moyenne⁹ qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale ni par la plupart des mutuelles.

Il existe des initiatives locales, dans certains départements où des partenariats, des conventions, sont mis en place entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et les ergothérapeutes libéraux. Ces disparités régionales expliqueraient-elles les différences de densités d'ergothérapeutes exerçant en libéral sur le territoire français ? (cf. Annexe V : Densité d'ergothérapeutes en exercice libéral en France, p.4) Nous n'en savons pas plus à ce sujet, la phase de recherche (ci-dessous, cf. *III. A. 1.*) nous permettra d'éclaircir ces points notamment sur l'identification des secteurs investis par les ergothérapeutes : rééducation, réadaptation, conseils en aides techniques, aménagements du lieu de vie, neurologie, traumatologie, rhumatologie, pédiatrie, psychiatrie, handicap mental, gériatrie, etc. ? Et, de ce fait, nous identifierons les financeurs, différents en fonction du secteur d'activité : qui sont-ils ? Quel impact ont-ils sur le développement de l'exercice libéral ? etc. Et nous identifierons

⁸ Source : <http://www.synfel-ergolib.fr/l-exercice-liberal/historique>, consulté le 23/10/2014.

⁹ Source : JESSON Laurianne, ergothérapeute, <http://www.maintienadomicile-conseils.com/cadre-de-vie/interview-de-laurianne-jesson-ergotherapeute>, consulté le 17/02/2015.

également les prescripteurs, plus ou moins en lien direct avec l'ergothérapeute libéral. Qui sont-ils ? Connaissent-ils l'ergothérapie et son rôle en gériatrie ? etc.

3. L'ergothérapie en Gériatrie

a) Notre rôle avant l'hospitalisation

L'ergothérapeute en milieu hospitalier et en institution, a essentiellement un rôle au niveau de la prévention secondaire (au tout début de la maladie, afin de diminuer la prévalence¹⁰ d'une maladie dans une population) et de la prévention tertiaire (amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement), il agit rarement en prévention primaire (avant l'apparition de la maladie, afin de diminuer l'incidence¹¹). Un ergothérapeute en libéral pourrait s'inscrire dans cette prévention primaire en faisant de la prévention des chutes par exemple auprès des sujets âgés. C'est l'une des compétences de l'ergothérapeute (compétence 5 : élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique) de réaliser de l'éducation en santé publique. De plus, la population générale est vieillissante, le rôle de l'ergothérapeute sera donc croissant les années à venir. Ses objectifs généraux pourront être notamment : développer l'autonomie de la personne âgée, favoriser son maintien dans le milieu ordinaire, améliorer sa qualité de vie, prévenir son hospitalisation, former et informer ses aidants naturels ou non, aiguiller les familles et les médecins sur les associations et les structures qui existent, proposer des aménagements du domicile, etc. Et ce, au sein d'un exercice libéral, favorisant la proximité, et donc une alliance thérapeutique, entre le thérapeute et son patient. L'ergothérapeute, sollicité par le médecin avec qui il coopère, pourrait par exemple faire le point et évaluer une personne âgée qui a retenu l'attention du médecin lors d'une banale visite de contrôle car il lui a semblé que la personne avait une participation sociale en baisse. L'ergothérapeute porterait alors tout particulièrement son regard sur les composantes : nutrition, condition corporelle, soins personnelles, communication, habitation, déplacements, responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, loisirs, etc¹². Suite à ces bilans, l'ergothérapeute proposerait des solutions à la personne. Par ailleurs, à la place du médecin traitant, l'alerte aurait pu être donnée également au préalable à l'ergothérapeute libéral par un proche, ou un voisin, ou la personne âgée elle-même.

¹⁰ « La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment). La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage. », Rapport Flajolet, Annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons, p. 1 et 2, source : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf, consulté le 23/10/14.

¹¹ « L'incidence correspond au nombre de **nouveaux cas** d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées. Aussi, l'incidence est un critère majeur à prendre en considération pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie. », Rapport Flajolet, Annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons, p. 1 et 2, source : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf, consulté le 23/10/14.

¹² CASTELEIN P, *La participation sociale : un enjeu pluridisciplinaire*, p.15 (Extrait du livre : IZARD MH, *Expériences en ergothérapie*, Montpellier, Sauramps Médical, 2012, 268p.).

b) Notre rôle suite à l'hospitalisation

Un constat a été fait sur l'impact de la prise en soins ergothérapeutique sur la participation sociale des patients gériatriques¹³. Les ergothérapeutes, après à la prise en soins du patient en milieu hospitalier, n'ont plus de contact avec lui et ne savent donc pas, si les aides ont été effectivement mises en place par le patient et/ou son entourage. Elles ne savent pas non plus si la personne est satisfaite, si elle utilise ces aides sur le long terme et si les aides mises en place ont un impact positif sur la participation sociale. D'où l'importance d'un relais de proximité : un ergothérapeute libéral. Ce dernier aurait été sollicité par ses pairs (ergothérapeutes en institution) pour le suivi à domicile des patients quittant l'institution.

4. Les dispositifs gérontologiques

Par nos recherches, l'intervention d'une ergothérapeute à l'Institut sur les dispositifs gérontologiques¹⁴, un entretien avec une ergothérapeute travaillant en équipe mobile gériatrique et la participation à une conférence-débat organisée par un service de soins infirmiers à domicile, nous avons fait le constat (non exhaustif) qu'il existe, plusieurs structures favorisant le maintien à domicile de la personne âgée pouvant varier en fonction des régions et des départements. Ici nous citerons :

L'Unité Mobile Gériatrique (UMG) – L'Equipe Mobile Gériatrique (EMG)

Cette équipe se déplace à domicile (ex. : à la demande des assistantes sociales), en intra-hospitalier (ex. : à la demande des internes ou médecins) ou en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (quand il n'y a pas d'ergothérapeute dans l'établissement). L'ergothérapeute a ici un rôle d'évaluation, de conseils et de préconisations. Il n'effectue qu'une seule visite et n'a pas un suivi régulier avec la personne. L'UMG intervient de manière ponctuelle. En annexes se trouve la fiche de poste intégrale du rôle d'un ergothérapeute au sein d'une EMG (cf. Annexe VI : Fiches de poste d'un ergothérapeute en EMG, ESA et EHPAD, p.5).

L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

Son rôle est le maintien à domicile, le désengorgement des structures. Elle intervient sur le long cours et pour des soins techniques ne pouvant pas être assurés par des infirmiers en libéral. Elle est l'alternative entre un service d'aides à domicile et un placement en institution. Elle comprend une équipe pluridisciplinaire agissant avec le réseau de ville (médecin traitant, kinésithérapeute libéral, etc.). Elle est entièrement prise en charge par la Sécurité Sociale. Elle a un travail de conseils et de coordination, de prise en charge du matériel nécessaire à domicile (verticalisateur, lève-personne...) tandis qu'en dehors d'une HAD il peut y avoir des dépassements, des achats à effectuer. Pour prétendre à l'HAD, il faut une demande du médecin référant. Le nombre de place est limité.

¹³ CARLIER G, BOSSAERT L, CASTELEIN P, *Impact sur la prise en charge ergothérapeutique sur la participation sociale des patients gériatriques*, p.32 (Extrait du livre : IZARD MH, *Expériences en ergothérapie*, Montpellier, Sauramps Médical, 2012, 268p.).

¹⁴ IIRFE, Cours de Mme BOUCHET C, le 13/12/2013, UE 2.5, C3, « Dispositifs Gérontologiques ».

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Son rôle est de permettre un maintien à domicile, raccourcir le séjour hospitalier. Il comprend une équipe d'infirmières et d'aides soignantes pour dispenser les soins infirmiers et d'hygiène globaux. Il intervient toujours sur prescription médicale. Le nombre de place est limité.

Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)

Ces équipes sont toujours rattachées à un SSIAD (mesure n°6 du plan Alzheimer). Les soins sont entièrement pris en charge par la Sécurité Sociale. Les critères d'inclusion sont : un diagnostic de démence, des patients déments légers à modérés ayant des répercussions sur la vie quotidienne. Le Mini Mental State (MMS) fait foi, il faut qu'il soit supérieur ou égal à 15. La prise en soins est d'environ 3 mois et 1 fois par an. Elle s'articule sur 12 à 15 séances prescrites par le médecin. Les objectifs sont : maintenir la personne le plus longtemps à domicile ; accompagner les aidants ; transférer les compétences chez les aidants ; expliquer les comportements des personnes ; aménager l'environnement avec les visites à domiciles (VAD), les activités de la vie quotidiennes (AVQ), les activités créatrices et d'expression. L'objectif n'est pas de restaurer « ce qu'il reste », il est de faire en sorte de maintenir et développer ses capacités, celles dont le patient lui-même n'a parfois pas conscience. Les moyens sont : une équipe pluridisciplinaire (assistant de soins en gériatrie, ergothérapeute, équipe mobile, infirmière coordinatrice, médecin coordinateur, psychomotricien...). L'ergothérapeute réalise l'évaluation initiale et le plan d'action qui est ensuite appliqué par les assistants de soins en gériatrie. En annexes se trouve la fiche de poste intégrale du rôle d'un ergothérapeute au sein d'une ESA (cf. Annexe VI : Fiche de poste d'un ergothérapeute en EMG, ESA et EHPAD, p.6).

L'Accueil de Jour

L'Accueil de Jour propose des activités occupationnelles et non thérapeutiques (contrairement aux structures citées ci-dessus) avec du personnel formé à la démence. C'est une petite structure. Les critères d'inclusion sont une personne avec des troubles cognitifs. Les objectifs sont principalement : un répit familial ; un répit de l'aidant principal ; un maintien de la vie sociale (éviter l'isolement). L'accueil se fait à la journée et est financièrement à la charge du patient.

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)¹⁵

Il s'agit d'un guichet d'accueil, d'information et de coordination départemental géré par un chargé d'accueil, un coordonnateur, des professionnels sociaux, médico-sociaux ou de santé (comme un ergothérapeute) en lien avec les acteurs de la gériatrie. C'est une structure de proximité pour les personnes retraitées, les personnes âgées et leur entourage ainsi que pour les professionnels de la gériatrie et du maintien à domicile. Ces missions sont de trois niveaux : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux (niv. 1) ; évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention (niv. 2) ; assurer le suivi du plan d'aide en lien avec les intervenants extérieurs, coordonnées (niv. 3). C'est aussi un observatoire de la vieillesse et des problématiques liées à la dépendance et un

¹⁵ Source : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>, consulté le 02/05/2015.

animateur du territoire par ses actions de prévention, ses conférences, groupes de parole, forums...). C'est toujours un travail en réseau avec le Conseil Général, les communes, les centres communaux d'actions sociale, les services de l'Etat, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole, les services de maintien à domicile, les comités d'entraide, les associations, les hôpitaux, les réseaux de santé, les structures d'hébergement, les services sociaux, les professionnels de santé, les acteurs de l'habitat...

La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)¹⁶

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer constitue la mesure n°4 du Plan Alzheimer 2008-2012. Elles sont destinées à planifier et coordonner un parcours personnalisé de prise en soins à domicile en réduisant la dispersion des services en favorisant la circulation de l'information entre les différents professionnels de santé intervenant auprès de la personne malade (médecin, infirmier, assistant social, ergothérapeute...). Ce n'est pas une structure au sens physique du terme mais un dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination qui repose sur une structure préexistante : CLIC, Conseil Général, Accueil de Jour, MDPH, hôpital ou association (ex. : France Alzheimer). C'est une réponse de proximité qui vise à simplifier le parcours des personnes malades (personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou toutes personnes âgées en perte d'autonomie) et de leurs aidants sur un territoire donné. C'est à la fois du temps gagné pour les professionnels, cela évite les redites, et ce sont des démarches moins contraignantes pour les familles. Au sein des MAIA, l'interlocuteur direct de la personne âgée, de sa famille et des professionnels est le gestionnaire de cas, il assure un suivi intensif du parcours de vie et de soins de la personne : évaluation de la situation à domicile ; élaboration d'un plan de services individualisé ; réalisation des démarches administratives (notamment financières) ; coordination des différents intervenants... Il est destiné à gérer les situations « complexes » (isolement, refus de soins, conflits familiaux, situation sociale précaire, etc.). Chaque gestionnaire de cas accompagne environ 40 familles simultanément.

Nous nous sommes interrogés au sujet des gestionnaires de cas. Ils sont tous issus de professions différentes (infirmiers, ergothérapeutes, assistantes sociales...) et réalisent le même travail : gestionnaire de cas. Comment une infirmière et une ergothérapeute peuvent-elles évaluer la même situation de la même manière ? Ce sont des approches, des démarches, des compétences différentes, qui sont lissées, homogénéisées, voire dénaturées... Nous avons eu l'occasion de rencontrer deux gestionnaires de cas, l'une ergothérapeute, la seconde infirmière. Pour elles, le fait d'être issues de professions diverses et variées étaient une richesse. Cependant nous sommes réellement interpellées et pour deux raisons majeures : nous ne venons pas de la même culture professionnelle et surtout nous ne travaillons pas avec les mêmes moyens.

¹⁶ Sources : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>, et <http://www.francealzheimer.org/maia-dispositif-encore-m%C3%A9connu-familles/710>, consultés le 02/05/2015.

En Alsace, il existe également le **Réseau Alsace Gérontologie (RAG)**¹⁷...

Le RAG est un réseau de santé prenant en soins des personnes âgées ayant des troubles cognitifs ; atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, ayant fait l'objet (ou allant faire) d'une évaluation et d'un diagnostic spécialisé (consultation mémoire, HDJ, neurologue). Son l'objectif principal est la coordination d'acteurs (médecins, infirmiers, SSIAD, HAD, travailleurs sociaux, prestataires...) qui interviennent dans le maintien de la personne âgée à domicile, afin de favoriser une prise en soins optimale. Il souhaite éviter les actes redondants et les hospitalisations non justifiées ou inutiles et décroiser le sanitaire (partie médicale) et le social (aides à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire...). Il œuvre à l'organisation d'un meilleur retour à domicile après une hospitalisation, et à l'organisation d'une meilleure communication et coordination entre les acteurs.

N.B. : Il nous était difficile de différencier la MAIA et le RAG. Mme A. lors de notre entretien nous a expliqué qu'effectivement ces deux structures ont du clarifier leurs champs d'intervention et le choix des populations accueillies afin de ne pas être concurrentiels mais complémentaires. En effet, toutes deux ont pour vocation de coordonner et gérer des situations complexes auprès de personnes âgées en situation de handicap. La différence vient du fait que la MAIA est une structure du Conseil Général, alors que le RAG est une association privée. La MAIA s'inscrit sur un accompagnement sur le long cours et de façon rapprochée, avec à l'entrée une commission d'attribution d'acceptation (ou de refus) d'une demande, d'un dossier, tandis que le RAG intervient ponctuellement dans des situations d'urgences (ex. : une sortie d'hospitalisation délicate) et se met en veille ensuite. Globalement, nous pouvons dire que la MAIA assure une gestion quotidienne, tandis que le RAG assure les mesures d'urgences.

Ainsi nous constatons qu'il existe une multiplicité de structures, que leur répartition se fait de manière hétérogène selon les régions et les départements. Par ailleurs, ces initiatives sont souvent sporadiques et locales, elles dépendent des orientations politiques (remarques soulevées lors de la conférence-débat organisée par l'ASAME, cf. bibliographie) et des priorités fixées par le Conseil Général. Selon les départements, les personnes âgées qui prétendent à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)¹⁸ n'ont pas la même enveloppe financière. Par ailleurs, du fait de cette diversité d'offres, aucun recensement national n'a été réalisé. Comment alors apporter l'aide adéquate au cas par cas face à cette multitude d'aides existantes ? A nouveau, nous nous sommes demandés si un ergothérapeute libéral travaillant avec les médecins généralistes, les pharmacies, ... ne pourrait pas faire l'objet de cette « personne ressource », cette personne de conseil pour les personnes âgées et leur entourage, qui oriente, préconise des aides techniques facilitant le quotidien à domicile, prévient les attitudes non sécuritaires mettant en danger la personne, etc.

¹⁷ Source : <http://www.alsacegeronto.com/presentation-generale.html>, consulté le 04/05/2015.

¹⁸ « Les personnes âgées peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en cas de perte d'autonomie, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), si elles disposent de faibles revenus, de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) si elles sont invalides et n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite. Elles peuvent aussi bénéficier d'une aide à domicile ou d'un portage de repas. », source : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N392.xhtml>, consulté le 02/05/2015.

Concrètement, un ergothérapeute peut s'inscrire dans ces dispositifs, cependant son embauche est un coût financier important pour ces structures.

N.B. : Il existe également des structures hospitalières, que nous ne détaillerons pas ici : le court séjour gériatrique, le soin de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique, hôpital de semaine gériatrique, l'unité cognitivo-comportementale (UCC), le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), le pôle gérontologique, ... Leur présence et leurs modalités varient en fonction des régions.

B. Entretiens exploratoires

Nous avons hésité aux sujets des entretiens exploratoires à savoir ce qui serait le plus pertinent entre interroger des médecins ou des ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la gériatrie (libéraux ou non) ou des personnes âgées sortant d'hospitalisation (avec un groupe ayant été suivi par un ergothérapeute libéral et un autre groupe n'ayant pas été suivi par un ergothérapeute libéral). Cependant, le fait d'interroger des patients sortis d'hospitalisation est délicat, pour plusieurs raisons, et nous n'aurions pas deux groupes homogènes (pathologies, âges, types de prise en soins...). De plus, le temps qui nous est imparti étant court, nous n'aurions pas un reflet sur plusieurs mois. Nous avons donc choisi, lors de la phase exploratoire, de questionner une ergothérapeute travaillant en Unité Mobile Gériatrique (UMG) et deux médecins faisant fonction de gériatre au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dont l'une étant coordinatrice des soins. Cela nous permettant ainsi de préparer notre phase d'enquête, de recherche.

Suite au premier entretien¹⁹ avec Mme A., ergothérapeute en UMG, plusieurs réflexions, ont vu le jour, notamment que l'aspect financier (le non remboursement des actes d'ergothérapie par la Sécurité Sociale) est un des problèmes fondamentaux limitant le développement du libéral. Pour pallier cela, dans certains départements, il existe des partenariats entre ergothérapeutes libéraux et CPAM. Ainsi nous nous sommes demandés s'il ne serait pas intéressant de prendre rendez-vous avec un médecin conseil des CPAM de nos régions d'origine et d'études dans la suite de notre travail de recherche... Pourquoi, à leur sens, le libéral ne se développe-t-il pas davantage et qu'attendent-ils du libéral ?

Cependant est-ce que cet aspect financier n'est pas un faux problème... ? Certaines professions libérales, comme l'ostéopathie, dont les actes ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale, sont pourtant très développées et connues du grand public car les gens en ont compris les bienfaits... mais attention de ne pas tomber dans une médecine à deux vitesses où les personnes aisées sont en mesure de payer des séances d'ergothérapie et non les personnes démunies... Par ailleurs, les aides sociales sont globalement réduites d'années en années (ex. : APA). Nous ne pourrions donc pas prétendre au remboursement de nos actes ergothérapiques par ce type d'aides (contrairement aux actes des SSIAD qui sont pris en charge par la Sécurité Sociale et les actes des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile – SAAD – qui sont pris en charge par le Conseil Général). La réponse à apporter doit donc être communautaire, nous ne pouvons pas tout attendre de nos gouvernements. Pour ce qui est des populations

¹⁹ L'entretien est retranscrit en intégralité en annexes (cf. Annexe X : Entretiens exploratoires, p.14 à 32).

suivies en libéral, Mme A. confirme que les ergothérapeutes libéraux choisissent majoritairement la pédiatrie. En effet, très peu travaillent en gériatrie car ils se font très vite « happés » par certains EHPAD qui demandent de petits temps (de 0,1 à 0,2 ETP) de prises en soins en ergothérapie pour leurs résidents. Ainsi ils se retrouvent à cumuler plusieurs équivalents temps plein dans plusieurs institutions et donc à ne plus vraiment exercer en libéral... Les ergothérapeutes libérales qui parviendraient à développer leur activité seraient situées aux frontières de nos pays voisins, où l'ergothérapie est davantage connue et reconnue par les usagers et que ceux-ci sont prêts à financer les prestations bien qu'ils ne soient pas remboursés... Cependant il ne s'agit pas de la gériatrie pure, mais davantage de la rééducation adulte.

A notre question « *Pourquoi la pédiatrie est-elle plus développée que la gériatrie en libéral ?* », Mme A. nous a témoigné que cela était certainement dû au fait que dans l'inconscient collectif il est beaucoup plus important « *de mettre les enfants sur le droit chemin et de leur permettre d'apprendre, d'écrire, et tout ce qu'il y a autour, pour qu'ils puissent avoir une vie développée, etc., que les personnes âgées qui ont toujours fait comme elles pouvaient, qui se sont adaptées aux incapacités qu'elles rencontraient petit à petit.* ». Nous partageons ce point de vue.

Au sujet du relais entre ergothérapeutes salariés et libéraux, Mme A. émet l'hypothèse que cela est dû à la méconnaissance du métier. Beaucoup d'ergothérapeutes travaillent en rééducation fonctionnelle mais peu en gériatrie. De plus, nous nous sommes interrogées ensemble lors de cet entretien, si cette méconnaissance de notre métier ne venait pas du fait que nous ayons des difficultés d'en donner une définition claire et précise unanimement en quelques mots... Comment définir un métier si riche, ayant autant de champs d'intervention, autant de champs des possibles ? Notre profession est récente, nous n'avons encore que trop peu de préconstruits à son sujet. De plus, de part notre formation en IFE, nous sommes amenés à avoir une approche, une démarche systémique²⁰, c'est-à-dire d'être ouvert à une logique qui relie et non qui sépare (logique binaire) ; d'être centré sur le but à atteindre (finalité) et non sur la recherche des causes (causalité) ; d'être dans le relationnel et le global plutôt que dans l'analytique ; d'être orienté par le présent-futur (prospective) que par le passé-présent (déterminisme) ; d'être ouvert à la diversité des réalités et à la pluralité des solutions que sur la quête de certitudes et de réponses « universelles » ; d'être moins réducteur afin d'accueillir l'émergence de la nouveauté et de l'invention. Nous ne sommes pas formés à la pensée unique, mais nous sommes formés à être « *celui qui cherche à comprendre et à se situer* » par lui-même. De plus, c'est en fonction de ce que nous faisons de notre métier que nous le définissons d'où la pluralité de définitions du métier au sein des ergothérapeutes... Nous orientons forcément notre définition en fonction de comment nous nous situons par rapport à notre travail. Il est très important d'être à même de se positionner et de se définir clairement avant toute prise en soins avec un nouveau patient, sinon il est perdu, il ne sait pas à qui il a affaire et s'il peut nous faire confiance. Et cela est également valable et primordial quand nous rencontrons d'autres professionnels (ex. : promouvoir l'exercice libéral auprès de

²⁰ Source : DONNADIEU G, DURAND, D, NEEL D, NUNEZ E, SAINT-PAUL L, *L'approche systémique : de quoi s'agit-il ?* Synthèse des travaux du Groupe AFSCET « Diffusion de la pensée systémique », disponible sur internet : www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf, consulté le 05/05/2015.

médecins généralistes...). Professionnels ou patients doivent pouvoir faire directement le lien entre leurs difficultés (liées à leurs problématiques professionnelles ou liées à leur pathologie) et ce que nous pouvons leur apporter comme solutions en tant qu'ergothérapeute.

Par ailleurs, au vu de la faible densité d'ergothérapeutes libéraux en Alsace (moins de 6%, cf. Annexe V : Densité d'ergothérapeutes en exercice libéral en France, p. 4), Mme A. émet l'hypothèse qu'un ergothérapeute libéral peut avoir de grandes difficultés à trouver sa place, à se positionner et à s'installer du fait de la multiplicité des réseaux et des dispositifs gérontologiques émergents en Alsace et notamment dans le Haut-Rhin. En effet en tant qu'ergothérapeute nous sommes capables de gérer des situations, de coordonner, d'évaluer les aides dont nos patients ont besoin, etc. Nous avons été formés à cela. Ainsi, en fonction de l'endroit où nous nous installons, et en fonction des structures déjà présentes ou non, nous ne ferons pas le même travail, notre positionnement sera différent. Si nous sommes dans une région où il existe déjà un réseau bien développé autour des personnes âgées, nous passerons le relais à ces structures, tandis que dans des régions plus isolées nous serons amenés à réaliser la prise en soins du début à la fin, d'être des gestionnaires de cas au sens de la MAIA, de coordonner, etc. Avant de s'installer en libéral, il nous paraît donc primordial de faire un état des lieux des structures préexistantes, de leurs rôles, des besoins de la population, etc. Cet état des lieux nous indiquera comment nous positionner en tant qu'ergothérapeute au sein de ce réseau, car « *tout seul nous ne sommes pas grand-chose* » et cela nous indiquera aussi jusqu'où aller dans nos prises en soins et où nous arrêter.

Pour ce qui est du développement du libéral par la prévention, cela ne fonctionnera que si les personnes en ont besoin. Les personnes qui bénéficient de soins de prévention (ex. : réentraînement musculaire à partir de 60 ans via des vélos d'appartement) ne sont pas ceux qui en ont le plus besoin, car ces personnes âgées ont pris conscience que leur périmètre de marche n'était plus aussi grand qu'auparavant ; qu'ils ne sont plus aussi en forme qu'il y a 10 ans ; ce sont des personnes qui font déjà attention à leur santé. Tandis que ceux qui en auraient besoin, n'en ont pas conscience, n'y pense même pas, ce n'est pas dans leur cheminement, dans leur éducation, dans leur culture... Cela a également été soulevé lors d'un entretien téléphonique avec Mme KOCH, auteure du livre *Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation*²¹, au cours de notre phase conceptuelle (cf. III.A.1.L'exercice libéral de l'ergothérapie) qui soulignait effectivement le problème « *ce sont souvent les personnes qui en auraient le plus besoin qui n'en font pas la demande et qui sont dans une sorte de déni* ».

Au niveau des dispositifs gérontologiques que nous avons détaillés ci-dessus, ce sont des structures qui sont essentiellement axées pour des personnes ayant des troubles cognitifs, une démence. Il y a peu voire pas de structures pour des personnes qui ne présentent pas de démence mais qui ont, en revanche, une grande fragilité, ne pouvant plus se déplacer, conduire, seul.

Par ailleurs, nous devons réfléchir à une autre forme d'hébergement, de structures ou de semi-structures, car dans les années à venir il y aura de plus en plus de personnes en perte d'autonomie dans leur lieu de vie qui n'est plus adapté, et l'EHPAD n'est pas la solution pour

²¹ KOCH L, RIZET-PONCHON B, *Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation*, Marseille, SOLAL Editeur, 2012, 137p.

toutes les personnes âgées. 80% de la population en EHPAD souffrent de troubles cognitifs, de troubles du comportement, ce n'est pas adapté pour des personnes qui présentent uniquement une fragilité physique... De plus, comment quitter un domicile que nous avons investi toute notre vie, dans lequel nous avons vécu toute notre histoire et partagé des moments familiaux pour une chambre d'EHPAD, certes propre et fonctionnelle, mais très impersonnelle... et comment se retrouver du jour au lendemain à vivre en communauté tandis que nous habitions seul(e) ou avec notre conjoint(e) depuis des années ? Il faudrait « *penser à des structures qui permettent aux gens d'être malgré tout chez eux et de leur permettre d'y aller plus tôt dans la vie et de ne pas attendre d'être en GIR 2 pour y aller [...] qu'ils créent des liens* » et apprennent donc à vivre ensemble, en communauté. En EHPAD, les résidents communiquent très peu, et ne créent quasiment pas de lien.

Il existe des alternatives comme la « Maison des Aînés »²² ou les appartements protégés ou encore le « Village Bleu »²³. Ce sont, bien que les modalités varient en fonction des communes, des hébergements destinés à accueillir des seniors autonomes, en perte partielle d'autonomie ou dépendants. Leur but est de proposer une alternative aux seniors pour éviter l'isolement ou la maison de retraite. Pour les deux premières alternatives, les personnes âgées y vivent ensemble, avec la présence d'une personne en permanence (aide soignante, aide ménagère...). Ils partagent les repas, tout en ayant leur propre chambre/studio/appartement individuel(le). Pour le « Village Bleu », ils disposent également d'un service d'aide à la personne et d'une salle commune au sein du « village »²⁴ permettant aux seniors un lieu d'échange, de convivialité où de nombreuses activités leurs sont proposées par un accompagnateur à la vie sociale. Cependant le nombre de place y est limité (de 6 à 7 personnes en moyenne, pour la Maison des Aînés et pour les appartements protégés ; 25 maisonnettes au sein du Village bleu) et les listes d'attente sont très longues... De plus, ces alternatives ne sont pas des solutions, elles sont souvent temporaires, un jour ou l'autre quand la dépendance sera plus grande, la personne âgée sera appelée à changer de lieu de vie, ce lieu qu'elle venait à peine d'investir, et ce sera à nouveau un traumatisme pour elle... Par ailleurs, les personnels (auxiliaires de vie) de ces petites structures ne sont pas toujours formés et voués à prendre en soins des personnes en situation de grande fragilité contrairement à un EHPAD par exemple. Il existe également des alternatives comme les logements intergénérationnels qui permettent à un étudiant de trouver un logement à loyer modéré chez une personne âgée vivant seule en contrepartie d'une présence et de quelques services au quotidien. Auparavant, il n'y avait pas ces alternatives car la personne âgée vieillissait entourée de sa famille au sein de la même maison, aujourd'hui les mœurs ont changé. Un

²² Exemple dans le Jura, à Foncine-le-Haut, cf. p.1 du *Bulletin de la communauté de commune de Champagnole*, n°14, octobre 2011, disponible sur internet : http://www.champagnoleporteduhautjura.fr/uploads/pdf/Bulletin_n_14.pdf, consulté le 06/05/2015 (*N.B.* : attention, la dénomination peut changer en fonction des régions, à Dijon la Maison des seniors correspond à un lieu d'accueil et d'accompagnement pour aider les seniors dans leurs démarches quotidiennes, ce n'est pas un lieu d'hébergement comme à Foncine-le-Haut.)

²³ CAMUS A, 60 ans et plus, Ils sont 33 000 à Dijon, *Dijon l'Hebdo*, n°36, semaines du 28 janvier au 10 février, p. 8 (cf. *Annexe VII* : Articles extraits de *Dijon l'Hebdo*, p. 8).

²⁴ (Ce Village bleu a été établi au cœur de Dijon, permettant aux usagers de se déplacer grâce aux transports en commun, de voir leur famille et amis, d'être citoyen en participant à la vie politique, économie et culturelle de la ville.)

député-maire bourguignon²⁵ illustre cela en témoignant que le « bien vieillir » c'est le fait de s'inscrire « *dans une démarche de prévention en anticipant les fragilités du grand âge et en créant du lien social. Essayer de revivre ce que l'on a connu dans les familles autrefois où les générations étaient dans le partage du quotidien. On a, aujourd'hui, moins de lien entre les plus jeunes et les anciens. Alors on a imaginé des bâtiments qui permettaient d'assurer ce brassage.* »

Il faut que la réflexion sur ces alternatives, sur ces expérimentations se poursuivent, il n'y aura jamais une solution unanime qui fera consensus, chaque population a des besoins et des désirs différents, et des aspirations différents (ex. : population rurale / population citadine).

Par ailleurs, lors de cet entretien, a été mis en lumière ce qu'est/pourrait être le rôle d'un ergothérapeute dans le maintien à domicile. Notre rôle en tant qu'ergothérapeute libéral sera avant tout de réaliser une évaluation fonctionnelle de la personne âgée, dans son lieu de vie (milieu écologique). Les autres professionnels (médecin, kinésithérapeute, infirmière) intervenant à domicile ne le font pas. Nous aurons à analyser leurs déplacements, effectuer un test d'équilibre, leurs réactions parachutes, effectuer un bilan musculaire global, et un bilan socio-environnemental (aides intervenant à domicile, rôle et place des enfants, lieu de vie potentiellement dangereux ou non, explication par la personne âgée du déroulement d'une journée « type » et quelles sont précisément les difficultés qu'elle rencontre).

Ce qui est délicat, complexe en libéral, c'est qu'il y a une confrontation entre les besoins du patient, du médecin, des aidants, des intervenants, de l'ergothérapeute ... Ce qui n'est pas aussi prégnant en institution car le patient est au sein d'une équipe de professionnels qui a (normalement) la même philosophie de soins, les avis se confrontent moins car ils travaillent au quotidien ensemble.

Les deux entretiens qui ont suivi, avec Mme C. et Mme D.²⁶, ont montré deux médecins qui sont bien au clair sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées, qui ont toute confiance en le développement de l'ergothérapie en libéral à l'avenir étant donné le vieillissement de la population et les politiques de maintien à domicile : « *nous les gériatres ont est certainement plus sensibilisés à ce maintien de l'autonomie fonctionnelle et de l'autonomie globale, on voit plus les choses dans leur globalité d'où l'intérêt de travailler avec d'autres professionnels ayant d'autres compétences. Le médecin généraliste est plus dans le traitement du symptôme, de la maladie, c'est une sensibilisation à faire au niveau des médecins généralistes mais je pense que compte tenu de l'avenir et du vieillissement de la population, vous aurez probablement, de toute façon, une place plus importante car il faudra maintenir les gens à domicile, parce que tout le monde ne pourra pas aller en institution, et que ces prises en charge là devront être le plus adaptées possible et donc devons faire appel aux compétences des ergothérapeutes* ». Elles font notamment état de l'importance du travail de l'ergothérapeute dans l'accompagnement et la prise en soins de la douleur chez la personne âgée ; dans l'installation et le positionnement des personnes ; dans la prévention de l'hospitalisation ; dans la prévention des chutes ; dans la rééducation du relevé du sol, de

²⁵ Propos recueillis par SOLAINJEU P, Rémi Delatte : « Bien vieillir, c'est d'abord rester chez soi », *Dijon l'Hebdo*, n°36, semaines du 28 janvier au 10 février, p. 10 (cf. [Annexe VII](#) : Articles extraits de *Dijon l'Hebdo*, p. 9).

²⁶ Les deux entretiens sont retranscrits en intégralité en annexes (cf. [Annexe X](#) : Entretiens exploratoires, p. 33 à 37 et p. 38 à 42).

l'équilibre ; dans la prise en charge du matériel et des aides techniques autour de la personne âgée (fauteuil roulant, aides au repas, etc.) ; dans le maintien des capacités fonctionnelles des seniors et dans la facilitation et le soutien du travail du personnel soignant (ex. : formation des soignants à l'utilisation ergonomique du matériel afin de prendre soins d'eux et de prendre en soins au mieux les résidents). La difficulté majeure dans la prise en soins des personnes âgées est de trouver le juste milieu entre stimulation et « harcèlement ». Les médecins interrogées promeuvent l'ergothérapie en tant que thérapie de prise en soins globale et non médicamenteuse. Pour elles, le développement de notre profession est freiné par la méconnaissance et celle de leurs pairs médecins, de notre profession et de nos champs de compétence.

Suite à ces entretiens, nous nous sommes rendus compte qu'il serait préférable d'enquêter dans la phase suivante auprès d'ergothérapeutes libéraux et non libéraux plutôt qu'auprès de médecins généralistes. Nous expliciterons nos raisons dans notre méthodologie de recherche ci-après (cf. IV. *Méthodologie de recherche*).

C. Question de recherche ou problématique

Suite à ces découvertes, il nous semble ardu de poursuivre notre recherche sur plusieurs fronts. Rappelons notre question de départ :

« Quelle est la place de l'exercice libéral au sein des réseaux de santé et comment développer, promouvoir et accompagner le maintien à domicile des sujets âgés via ce type d'exercice auprès de nos prescripteurs et de nos financeurs ? »

Deux aspects sont mentionnés : l'ergothérapie dans le maintien à domicile et l'ergothérapie dans les réseaux. Il nous a fallu choisir parmi ces deux champs, un champ à approfondir et à exploiter. Il nous semblait innovant et novateur de s'intéresser à la place de l'ergothérapie au sein des réseaux, notamment sa coopération avec les médecins généralistes. Dans un futur proche, nous serons forcément amenés à coopérer, à travailler avec davantage de coordination. Cependant ce concept de réseau étant récent, nous nous sommes heurtés à un manque (voire une absence) de littérature à ce sujet. C'est pourquoi nous nous orientons sur le maintien à domicile de la personne âgée. D'où notre question de recherche que nous pourrions formuler ainsi :

« Comment les spécificités et les missions d'un ergothérapeute en libéral participent-elles au maintien à domicile des personnes âgées ? »

Cette question de recherche résulte de trois questions qui seront le fil conducteur sous-jacent de notre mémoire : quels sont les spécificités, les obstacles/inconvénients et les facilitateurs/avantages de la pratique libérale ? Pourquoi et quelles sont les missions de l'exercice libéral dans le maintien à domicile ? Et enfin, comment promouvoir l'exercice libéral dans le maintien à domicile des personnes âgées ?

III. Cadre théorique

A. Concepts

Au regard de notre question de recherche ci-dessus, nous souhaitons développer dorénavant les trois concepts suivant : *l'exercice libéral de l'ergothérapie, le maintien à domicile et la personne âgée.*

1. L'exercice libéral de l'ergothérapie

Nous avons défini brièvement dans la phase exploratoire l'historique, le public, les coûts et financements de la pratique libérale. Ici nous ciblons les aspects techniques, administratifs, légaux, matériels, ou encore comptables de l'installation en libéral ainsi que sur les éléments qui entravent et motivent cette installation.

Du point de vue juridique, avec notre Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, nous pouvons pratiquer en libéral. En fonction du domaine d'intervention, une formation complémentaire se révèle nécessaire, notamment dans l'expertise, où l'ergothérapeute devra avoir des connaissances juridiques et dans le domaine des assurances.

L'ergothérapie n'est pas régie par un ordre professionnel ni un code de déontologie contrairement à d'autres professions. En France, il s'agit d'une association : l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) qui comprend une Instance Exercice Libéral. Elles ont pour fonction de structurer notre exercice, afin de permettre à « *notre profession de se développer et de s'adapter à l'évolution de la société française, avec une exigence de qualité* »²⁷. Par ailleurs, l'exercice libéral de l'ergothérapie fait partie des professions libérales comme l'indique l'organisme référent : Union National des Professions Libérales (UNAPL)²⁸.

La prise en charge financière de l'ergothérapie est réalisée directement par le client ou via divers organismes de financement. Il n'y a pas de remboursement effectué par la Sécurité Sociale, donc pas de feuille de soins, car il n'y a pas de conventionnement avec les organismes sociaux. L'ergothérapie n'a pas de nomenclature d'actes. Aucun acte d'ergothérapie n'a été listé (en temps et en coût) par ou pour l'assurance maladie. Le financement des prestations concerne les prestations de soins et de conseils en aménagement de domicile. Les organismes de financements peuvent être principalement²⁹ :

La Maison Départementale de la Personne Handicapée (MPDH) avec l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) et la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Elle concerne les personnes ayant moins de 60 ans, donc elle ne concerne pas notre population cible. Par ailleurs, le fonctionnement des MDPH varie d'un département à l'autre et les remaniements sont fréquents, l'ergothérapeute libéral devra veiller à ces changements pour répondre aux mieux à ses clients ;

²⁷ KOCH L, RIZET-PONCHON B, *Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation*, Marseille, SOLAL Editeur, 2012, 137p., page 5.

²⁸ Sources : <http://www.unapl.fr/index.php/panorama.html>, consulté le 05/03/2015.

²⁹ KOCH L, RIZET-PONCHON B, *Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation*, Marseille, SOLAL Editeur, 2012, 137p., page 26.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) : la prise en charge des soins est fonction des caisses et de leur financement³⁰. Si la personne reçoit un refus de prise en charge financière de ses soins de la part de la CPAM, elle devra alors leur adresser un dossier de prestations extra-légales³¹ comprenant la prescription médicale, le devis et les comptes rendus ergothérapeutiques. L'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) est un exemple d'aide extra-légale financée par la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT) ou Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV). Elle est « *un soutien apporté aux personnes âgées après une hospitalisation afin d'améliorer leur cadre de vie et de les accompagner dans leur rétablissement [...] La demande doit être effectuée avant la sortie de l'hôpital et nécessite environ 24h pour être traitée.* »³²;

Les mutuelles et assurances : certaines mutuelles et assurances financent des prestations en ergothérapie jusqu'à un certain montant annuel. A ce propos, depuis 2011 se déploie un diagnostic « Bien chez moi »³³ (cf. Annexe IX : Le Diagnostic Bien Chez Moi, p. 11 et 12) mis en place par les régimes complémentaires obligatoires des salariés du secteur privé. Ils sont complémentaires de l'assurance retraite et de la mutualité agricole et ont été créés par les partenaires sociaux³⁴. Il s'agit de l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite Complémentaire des cadres) et de l'ARRCO (Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés). Six régions « pilotes » sont concernées actuellement et l'ensemble du territoire métropolitain sera couvert d'ici fin 2015. Le diagnostic « Bien chez moi » est l'intervention d'un ergothérapeute au domicile d'une personne âgée et dont le rôle sera d'écouter, de conseiller en tenant compte des situations et des habitudes de vie de chacun. Les objectifs sont d'identifier les difficultés rencontrées par la personne au sein de son environnement, d'analyser les risques (exemple : risques de chute) et de suggérer des solutions pratiques individualisées pour améliorer le confort de vie de la personne. Cette prestation permet d'anticiper, de sécuriser l'environnement et les comportements des personnes de 75 ans et plus. Pour bénéficier du diagnostic « Bien chez moi », les personnes

³⁰ A titre anecdotique... nous avons fait une recherche par mots-clés sur le site de l'Assurance Maladie (<http://www.ameli.fr/>). Nous avons entré le terme « ergothérapie », nous avons eu pour résultat : « Aucun résultat ne correspond à votre recherche pour : ergothérapie. ». Ensuite nous avons entré le terme « kinésithérapie », nous avons eu pour résultat : « 28 résultats correspondent à votre recherche kinésithérapie. ».

³¹ Définition : « Les aides sociales **extra-légales** ou facultatives sont propres à chaque département qui a la liberté de créer ou de compléter une prestation sociale, et ce toujours dans le cadre de l'action sociale sur son territoire. », source : <http://sante.lefigaro.fr/social/insertion/laide-sociale/quest-ce-que-cest>, consulté le 07/05/2015.

³² Sources : <http://www.maintienadomicile-conseils.com/vos-droits/aides-financieres/les-differentes-aides-financieres> et <http://www.maintienadomicile-conseils.com/vos-droits/aides-financieres/aide-retour-domicile-hospitalisation>, consultés le 07/05/2015.

³³ Sources : <http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/>, consulté le 05/03/2015.

³⁴ Les partenaires sociaux sont des organisations professionnelles représentatives d'employeurs ou des organisations syndicales de salariés. Sources : <http://www.agircarrco-actionsociale.fr/glossaire/#c21>, consulté le 05/03/2015.

doivent être des retraités AGIRC ou ARRCO, âgés de 75 ans et plus, il n'y a pas de condition de dépendance et de ressources ;

Le Conseil Général avec l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, rencontrant des difficultés pour accomplir des gestes de la vie quotidienne. C'est une aide mensuelle qui peut être versée aux personnes résidant à leur domicile, en établissement ou en accueil familial. Elle permet de régler tout ou une partie des frais engagés. Ces frais concernent : les aides humaines (aide à la toilette, confection de repas, accompagnement, ménage... par le biais d'associations d'aides à domicile) ; les frais d'accueil temporaire (en maison de retraite, en accueil familial, en accueil de jour ou de nuit) ; les aides techniques et le matériel d'amélioration du logement (téléalarme, barres d'appui, rehausseur...). L'état de dépendance de la personne est mesuré selon une grille nationale AGGIR (cf. Annexe VIII : Grille AGGIR, p. 10) qui détermine des Groupes Iso-Ressources (GIR) allant de 1 à 6. La grille est remplie par le médecin traitant et, pour les personnes vivant à domicile par une conseillère en gériatrie du Conseil Général. Elle apprécie la capacité, plus ou moins grande, de la personne à effectuer les activités de la vie quotidienne. Seules les personnes relevant des GIR 1 à 4 (les personnes les plus dépendantes) peuvent bénéficier de l'APA. Concernant le montant de l'APA, plus la perte d'autonomie est grande, plus l'aide apportée par l'APA est élevée. Son montant est calculé en fonction du degré d'autonomie, du besoin d'aide et des ressources du demandeur. Le montant mensuel est plafonné³⁵ ;

Pour l'aménagement de domicile l'Agence Nationale de l'Amélioration de l'Habitat (ANAH), l'Agence Nationale pour l'Information sur le Logement (ANIL) et la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) peuvent participer au financement.

Les démarches peuvent être longues et le résultat aléatoire, ainsi elles auront une incidence sur le démarrage des interventions d'un ergothérapeute exerçant en libéral.

Selon Laurence KOCH et Bénédicte RIZET-PONCHON³⁶, l'exercice de l'ergothérapie en libéral a un seul but : *« celui de proposer les compétences des ergothérapeutes à toute personne dont le projet de vie est son intégration dans la vie sociale, scolaire ou professionnelle, mais également à des particuliers, des associations, des structures, des entreprises dont les besoins en conseil, en expertise, en formation trouvent réponse dans le champ d'intervention des ergothérapeutes »*.

Nous avons bénéficié d'un entretien téléphonique informel avec une ergothérapeute libérale de renom. Elle nous a expliqué qu'il était fortement déconseillé de s'installer en libéral dès l'obtention du Diplôme d'Etat en Ergothérapie car il nous faut pouvoir nous positionner et nous définir de manière claire, précise et concise face à nos clients. Il faut que nous puissions comprendre comment fonctionne le système de santé, et cela, nous allons l'acquérir par le

³⁵ Sources : Conseil Général du Territoire de Belfort (90), <http://www.cg90.fr/vivre-domicile/allocation-personnalisee-dautonomie-apa>, consulté le 05/03/2015.

³⁶ Auteurs du livre : *Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation*, Marseille, SOLAL Editeur, 2012, 134p.

salariat. Un jeune diplômé se connaît-il réellement en tant qu'ergothérapeute ? Est-ce que son identité professionnelle est bien ancrée en lui ? (Ceci pourrait faire l'objet d'un autre mémoire...) Est-il apte à dire ce qu'il est capable de faire et ce qu'il n'est pas capable de faire ? Lors de notre formation, étant donné l'étendue du secteur de la santé, nous sommes obligés de « survoler » l'ensemble des domaines et pathologies que nous serons amenés à rencontrer dans notre métier. Le passage par le salariat quelques années avant l'installation en libéral permet à l'ergothérapeute de se former davantage, de se spécialiser et d'acquérir de l'expérience. Ainsi, lorsqu'il exercera en libéral, il sera certainement plus aisé pour lui de s'appuyer sur ses préconstruits et à la rencontre d'un problème de se dire par exemple « je ne me démonte pas, certes je ne connais pas cette pathologie, mais je connais ma démarche ergothérapique, je me renseigne, je fais des recherches, et j'apporte telles et telles solutions ». Avant de s'installer en libéral, il faut expérimenter le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui nous entoure. Qui sont ces professionnels ? Quels sont leurs champs de compétences ? Quelles sont leurs limites ? Comment pouvons-nous travailler ensemble ? Comment pouvons-nous être complémentaires dans le projet de soins de ce patient ? etc. En libéral, bien que notre exercice puisse être individuel, nous travaillerons forcément avec d'autres corps de métier.

Lors de notre formation, nous apprenons une démarche et non des actes professionnels. Nous apprenons au cours de ces trois années la démarche d'un ergothérapeute. Ainsi, cela fait notre richesse ! Nous n'apprenons pas un métier mais plusieurs métiers ! De ce fait, avant de s'installer en libéral, il est primordial d'avoir connaissance de ces métiers. Cela se recoupe avec l'entretien exploratoire effectué avec Mme A. (cf. ci-dessus, II.B. *Entretiens exploratoires*) où nous échangeons sur le positionnement d'un ergothérapeute. Lorsque nous nous installerons en libéral, nous devons être capables de dire : « *mon travail commence ici et il s'arrête là* ». Nous devons être aptes à nous positionner, à délimiter le cadre de notre intervention.

L'une des spécificités de l'exercice libéral nous semble également être le fait que nous pouvons être pleinement ergothérapeute, c'est-à-dire que nous pouvons avoir une prise en soins globale sur les versants rééducation, réadaptation et réinsertion. Tandis qu'en institution, parfois, pour des questions budgétaires, les ergothérapeutes sont soit séparés, certains ne feront uniquement que de la rééducation et les autres que de la réadaptation ; soit les ergothérapeutes ne s'occuperont que du versant rééducation et la réadaptation sera réalisée uniquement par les travailleurs sociaux ; soit ils ne feront que très peu de réadaptation par choix/philosophie de l'établissement. Nous avons l'exemple d'un centre de rééducation où nous sommes allés en stage qui a fait ce choix : diviser les tâches pour des questions de temps, de rendement. Nous ne savons pas si d'autres centres de rééducation au niveau national ont fait ce même choix. Nous pouvons observer une certaine frustration auprès des professionnels, un sentiment d'incomplétude, de non accompagnement du patient tout au long de son parcours de soins. De plus, pour le patient, cela peut être déstabilisant, il rencontre deux ergothérapeutes, qui de l'extérieur ne font pas le même métier (ex. : l'une est en blouse blanche, elle travaille uniquement en rééducation interne, l'autre est en civile, elle est souvent amenée à aller au domicile, à faire des essais conduite etc.), une personne âgée (ou non) peut se demander pourquoi il ne s'agit pas du même ergothérapeute du début à la fin. De plus, le patient n'établira peut être pas la même relation de confiance avec le second thérapeute (de

réadaptation). Il ne ressentira peut être pas l'envie de confier à nouveau l'histoire de sa maladie et ses projets. Il est nécessaire et important que l'ergothérapeute de rééducation (premier interlocuteur du patient) consigne les informations du patient afin de les transmettre ensuite à l'ergothérapeute de réadaptation ou à l'ergothérapeute libéral qui assurera le suivi.

2. Le maintien à domicile

« Le concept de "maintien à domicile" résume l'ensemble des moyens personnalisés mis en œuvre pour permettre à une personne âgée en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle dans de bonnes conditions. »³⁷

Effectivement, nous constatons que depuis ces dernières décennies, les structures familiales ont changé (augmentation du nombre de familles monoparentales, augmentation du nombre de divorces, émancipation féminine, etc.) et l'espérance de vie a augmenté, elle a presque doublé au cours du vingtième siècle³⁸. Ceci faisant que les parents ont la responsabilité de venir en aide à la fois à leurs enfants, à leurs parents (grands-parents) et parfois à leurs petits enfants. Par ailleurs, avec la Révolution Industrielle, les enfants ne travaillent plus dans l'environnement de travail de leur parent (ex. : l'enfant ne reprend plus l'activité agricole de ses parents, ils ne vivent plus sous le même toit, etc.). Les représentations ont changé. Il nous semble que notre génération (contrairement à celle de nos grands-parents) favorise de moins en moins la solidarité familiale intergénérationnelle en termes d'accueil dans le logement pour plusieurs raisons (dont certaines citées ci-dessus, économiques, financières, éloignement géographiques, etc.). La cohabitation intergénérationnelle n'apparaît donc plus comme une solution. Les seniors ne passent plus leur retraite jusqu'à leur fin de vie au sein de leur « communauté » familiale. Il a donc fallu trouver de nouvelles solutions pour venir en aide aux personnes âgées dépendantes qui ne sont plus prises en soins par leurs proches à leur domicile. Le maintien à domicile est donc devenu une alternative intéressante, aussi bien d'un point de vue humain (ex. : il est difficile de s'occuper de son parent dépendant qui a besoin d'une présence en permanence lorsque nous travaillons ainsi que notre conjoint, et que nous avons toujours à charge nos enfants, voire nos petits-enfants) que d'un point de vue financier (ex. : le maintien à domicile a un coût significativement moindre qu'une entrée en institution). De plus, du point de vue humain, le maintien à domicile est souvent beaucoup mieux vécu par la personne concernée et son entourage. En effet, *« Depuis quelques années, le maintien à domicile est préféré au placement en établissement, notamment pour des personnes souffrant d'une légère perte d'autonomie. Ce choix implique de maintenir sur le territoire [...] un nombre suffisant et bien réparti de professionnels de santé, notamment les médecins généralistes »³⁹* et autres professions libérales comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes... Le maintien à domicile est une solution privilégiée mais exigeante.

³⁷ Source : <http://www.le-maintien-a-domicile.info/>, consulté le 17/02/2015.

³⁸ Source : <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>, consulté le 17/02/2015.

³⁹ Source : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18899, consulté le 07/05/2015.

Par ailleurs, Laurianne JESSON⁴⁰, explique qu'un ergothérapeute axe son travail sur trois dimensions (environnements) : les **aptitudes de la personne**, l'**environnement humain** et l'**environnement architectural**. Pour favoriser le maintien à domicile, l'ergothérapeute commence son analyse par les aptitudes de la personne. Il effectue pour cela un bilan des déficiences⁴¹ présentes ou non chez la personne : bilan de la sensibilité (superficielle et profonde), bilan de la douleur (avec ses composantes sensitivo-motrice, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale), bilan trophique et cutané, bilan de la motricité (articulaire et musculaire), bilan fonctionnel (préhensions globales et fines, gestes fonctionnels, équilibre assis et debout), bilan des fonctions supérieures (mémoire, praxies, gnosies, orientation temporo-spatiale, communications verbale et écrite, expression), bilan sensoriel, bilan comportemental. Puis il effectue un bilan des incapacités, c'est-à-dire des capacités de la personne lors de ses retournements au lit, des transferts, des déplacements, de la toilette, de l'habillage, de sa continence, et de la prise du repas.

Les environnements humain et architectural constituent le bilan des situations de handicap (dans la Classification Internationale du Handicap). Dans l'environnement humain, l'ergothérapeute analyse l'entourage (aidants familiaux ou non de la personne âgée, auxiliaires de vie, aides médicaux-psychologiques, infirmières à domicile, etc.) afin de vérifier s'il est adapté et suffisant et s'il répond convenablement aux besoins du patient. Dans l'environnement architectural, l'ergothérapeute proposera un réaménagement du domicile de la personne en fonction de ses aptitudes évaluées en amont. Cette prise en compte globale joue un rôle important sur le bien être de la personne. Nous adaptons, tant que possible, son lieu de vie afin qu'elle y vive sereinement et y rencontre le moins de difficultés possible.

Lors de l'entretien téléphonique, dont nous parlons ci-dessus (cf. III. A. 1.), l'ergothérapeute a mis en lumière un aspect auquel nous n'avions pas pensé. Le terme de « maintien » à domicile n'est-il pas péjoratif pour nos Aînés ? N'est-ce pas un terme difficile à supporter ? Ce terme ne sous-entend-il pas le fait qu'il y ait eu, à un moment donné, un souhait d'une tierce personne de « sortir » la personne de son domicile ? N'y-a-t-il pas une connotation d'obligation ? Si l'on maintient quelque chose, c'est qu'il y a une force contraire qui s'exerce sur ce quelque chose... Hors les personnes âgées témoignent (à cette ergothérapeute) qu'ils n'ont jamais eu l'envie de « sortir » de ce domicile, de le quitter, alors pourquoi parlons-nous de « maintien » ? Nous devrions plutôt parler de durabilité au domicile, de pérennité, de permanence, de continuité, de continuation, ... dans leur environnement familial, non ? La « continuation à domicile » pourrait être un nouveau concept... Cet aspect de continuité sous-entend qu'il y a eu un passé, qu'il y a un présent et qu'il y aura un futur... dans ce domicile.

⁴⁰ Source : <http://www.maintienadomicile-conseils.com/cadre-de-vie/interview-de-laurianne-jesson-ergotherapeute>, consulté le 17/02/2015

⁴¹ Les termes "déficiences, incapacités et situations de handicap" sont issus du schéma de Philippe WOOD (OMS, 1980), de la Classification Internationale du Handicap. Bien que ce modèle ait été contesté par les associations de personnes handicapées et par certains experts comme étant trop réductionniste, il constitue encore une trame de base pour effectuer nos bilans en ergothérapie. Deux modèles ont été élaborés en réaction à ces contestations : le **PPH** (Processus de Production du Handicap, P. Fougeyrollas, 1998) et la **CIF** (Classification Internationale du Fonctionnement, OMS, 2001). Source : cours de Mme. Marie-Chantal MOREL-BRACQ, *Changement de paradigme en ergothérapie et évolution des modèles*, UE 3.3, Compétence 2, Semestre 2, 25/03/2013

3. La personne âgée : de la vieillesse à la dépendance

Nous sommes sensibles aux problématiques du sujet âgé. En effet, nous nous posons plusieurs questions : la personne âgée, qui est-elle ? Qu'est ce que la vieillesse ? Qu'est ce que le vieillissement ? Quels sont les retentissements du passage à la retraite ? Qu'est ce que l'ergothérapie auprès des personnes âgées ? etc.

Tout d'abord, l'ergothérapie en gériatrie⁴², ce n'est pas la prise en soins de personnes âgées sans envie, sans projet mais bien d'individus avec des histoires de vie, des expériences, qui ont été et que nous devons aider à devenir. La vieillesse n'est pas la fin du parcours. Une personne âgée est la somme d'une histoire de vie, de croyance, de valeurs, de culture, d'émotions et d'habitudes de vie au sein d'un environnement. C'est une personne qui peut avoir des ressources amoindries, qui physiologiquement a moins de réserves et où l'ergothérapeute doit intervenir dans des domaines différents tels que la nutrition et la continence. C'est une personne qui peut avoir des difficultés à rebondir, à entrer dans un processus de résilience⁴³. Cette capacité de résilience est différente chez chaque personne, elle est fonction des événements marquants de sa vie et de sa manière à réagir et à s'adapter face à eux. C'est également une personnalité plus difficile à « remodeler » parfois... « *Elle a toujours été comme ça, ce n'est pas à son âge qu'on va la changer...* ».

La santé est obtenue par un équilibre entre trois grands domaines d'activités intrinsèques à la personne âgée (et à toute personne !) : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Nous entendons par productivité : le travail rémunéré ou non, le bénévolat, le besoin d'être utile. Les personnes âgées perdent souvent cette notion d'utilité et se retrouve avec un déséquilibre dans leurs activités quotidiennes. Cela peut être lié à la retraite (non préparée), en effet, le départ en retraite marque symboliquement cette entrée dans la catégorie sociale du « troisième âge ». La perte du sentiment d'utilité peut aussi être liée au vieillissement « normal » de l'individu associée à une baisse globale de ses performances ; à l'isolement voire à la solitude associés à des deuils, à l'éloignement et à la dispersion de sa famille. La personne ressent donc un manque de stimulations du milieu extérieur. Ce sentiment de perte d'utilité peut également être lié à une maladie et/ou un accident qui engendrent des situations de handicap avec leurs risques d'évolution vers la dépendance fonctionnelle et/ou psychique.

Nous pouvons illustrer nos propos par l'article, d'Eric TROUVE, « *Garantir l'Activité des personnes âgées : la condition d'une bonne santé et d'un vieillissement réussi.* » publié sur le site de l'Officiel des Aînés⁴⁴ où l'ANFE a été élu comme l'un de leurs acteurs : « *Selon l'OMS, la santé est "la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'adapter à celui-ci". Elle est donc intimement liée à la capacité d'une personne de participer aux occupations de la vie. Selon les chercheurs, le maintien de l'autonomie et de la capacité à faire des choix et de gérer ses activités de la vie quotidienne, augmente la productivité, la satisfaction envers*

⁴² Source : cours IIRFE de Mme MATTER C, « *Généralités de prise en charge en gériatrie* », le 12/03/2014, Compétence 3, UE 4.4 Techniques de rééducation et de réadaptation.

⁴³ Définition de résilience : capacité pour un individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress, faculté à « rebondir », à vaincre des situations traumatiques. Source : <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Resilience>, consulté le 07/05/2015.

⁴⁴ Sources : <http://www.officiel-aines.fr/index.php?id=acteurs> et <http://www.officiel-aines.fr/index.php?id=act14>, consultés le 07/05/2015.

la vie et assure un vieillissement réussi. Pour les gériatries, l'engagement dans des occupations prévient la fragilité en augmentant les réserves physiologiques, psychiques, en préservant l'implication sociale et en diminuant l'isolement. Observer, maintenir, restaurer l'activité spontanée est un enjeu majeur de l'accompagnement des personnes avançant en âge. ».

En effet, l'ergothérapeute connaît l'impact de l'activité humaine et les retombées des occupations sur la santé des individus.⁴⁵ Son rôle sera de développer des méthodes d'intervention permettant aux personnes en difficultés de participer aux activités qui ont du sens pour leur vie. Par ailleurs, chez le sujet âgé, contrairement au sujet jeune, l'un des objectifs principaux en ergothérapie sera également des soins qui visent la récupération fonctionnelle c'est-à-dire notamment : l'utilisation de la main, dans la vie de relation, au niveau des membres supérieurs, ainsi que les transferts et les déplacements, avec ou sans aide, aux niveaux des membres inférieurs. Nos objectifs sont également de maintenir puis d'améliorer l'indépendance du sujet âgé ainsi que de prévenir les dégradations psychomotrices, en effet, en gériatrie *« ce qui n'est pas utilisé est perdu ! »*. En parallèle, nous avons également un accompagnement dans le travail de deuil à réaliser (ex. : progression dans la maladie, par palier, avec récupération complète ou pas...).

Cependant, avant de poser les objectifs, l'ergothérapeute suivra une démarche qui, en premier lieu, est de connaître l'histoire de la maladie et les antécédents de la personne (c'est une obligation légale, ces informations doivent figurer dans le dossier ergothérapique). Pour cela il entrera en communication pour établir une relation thérapeutique (s'assurer que la personne entend, voit, comprend bien). En effet, la réalité « du terrain » en gériatrie c'est d'être confronté à la fin d'une vie ; de se retrouver face à la perte de motivation ; d'avoir beaucoup de patience, d'empathie et d'énergie pour établir une relation de confiance ; d'être capable d'imagination et d'adaptation (pour compenser le manque de capacité d'adaptation de la personne âgée). Il faut accorder du temps à l'écoute de la personne âgée, il n'est jamais perdu. Il faut prêter attention à la manière de s'adresser à la personne tant sur le fond (prendre en compte l'expérience de la personne, lui montrer du respect sans se sous-estimer, il est important que la personne perçoive du professionnalisme pour pouvoir construire une relation de confiance indispensable au processus thérapeutique), que sur la forme (savoir se positionner dans l'espace, se mettre à la hauteur de la personne, verbaliser simplement les choses, ...). Il existe différents types de distances⁴⁶ (publique, sociale, personnelle, intime), à nous de trouver la plus adéquate en fonction de la situation. Ensuite l'ergothérapeute devra évaluer les compétences de manière globale, d'appréhender les difficultés de la personne âgée dans sa globalité (transferts, déambulation, mises en situation dans les AVQ...). Il pourra s'appuyer sur des bilans normés tels que la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)⁴⁷, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)⁴⁸ ou encore le bilan modulaire

⁴⁵ Cours IIRFE de Mme TETREAULT S, *Initiation à la démarche de recherche en ergothérapie : quelques notions de base*, UE 5.4 Initiation de la démarche de recherche, Compétence 8, 05-06/02/2015.

⁴⁶ Source : <http://www.le-guide-des-relations.com/2011/05/la-distance-entre-personnes/>, consulté le 07/05/2015.

⁴⁷ Disponible sur internet : www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.9.1.MIF.pdf, consulté le 07/05/2015.

⁴⁸ Disponible sur internet : www.fregif.org/docs/gerontologie/grille-smaf-812.pdf, consulté le 07/05/2015.

d'ergothérapie (BME)⁴⁹. Cela permettra ensuite de mettre en place le nécessaire dans l'environnement de la personne afin de maintenir les acquis, de pallier les incapacités du moment et de prévenir l'apparition de complications.

Pour tout objectif, le principe de répétition est très important, il est nécessaire de mettre en place des automatismes pour toutes les AVQ notamment pour des personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Nous pensons cependant que ce principe de répétition est difficile à mettre en place lors de l'exercice libéral, car comme nous le verrons ci-dessous (cf. V. *Résultats et analyse des données*), la majorité des interventions sont ponctuelles et non sur le long cours... Par ailleurs, il est primordial de travailler en étroite collaboration avec la famille et/ou les aidants de la personne âgée, ils sont les garants du maintien à domicile. Cela implique donc de travailler en lien avec les autres professionnels. Le patient se sentira en sécurité car l'information circule. Il y aura moins de risque de double jeu de la part du patient (ex. : ne pas vouloir travailler avec l'un, être en complète adhésion avec l'autre...).

La difficulté dans la prise en soins des personnes âgées résulte de la présence des polyopathologies (cf. Annexe X : Particularités de la personne âgée, p.13), nous devons prendre en soins la personne dans toute sa globalité et avoir des compétences globales dans de multiples domaines (cardiologie, traumatologie, orthopédie, rhumatologie, ophtalmologie, neurologie...). De ce fait les traitements médicamenteux sont multiples, ils peuvent interagir entre eux et/ou entraîner des effets secondaires (somnolence, troubles de l'équilibre, épisode confusionnel...). En tant qu'ergothérapeute, nous devons être attentifs aux horaires de prise (action sur la douleur, la mobilité...) afin de fixer le moment de prise en soins. Nous devons également être très attentifs à la douleur, pour cela nous pourrions nous appuyer sur des échelles normées comme l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle verbale simple (EVS) ou encore Doloplus (échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale)⁵⁰.

Lors de la même conversation téléphonique informelle citée ci-dessus (cf. III. A. I. *L'exercice libéral de l'ergothérapie*), l'ergothérapeute nous relatait l'une de ses interventions auprès d'une caisse de retraite qui avait comme « mission pilote » d'envoyer des bénévoles auprès des Aînés pour qu'ils ne soient pas seuls, qu'ils puissent avoir une aide pour remplir quelques papiers administratifs, pour faire quelques courses, un peu de lecture, de rangement de bureau, etc. L'ergothérapeute était missionné par ladite caisse de retraite afin d'intervenir auprès des bénévoles et de les sensibiliser aux difficultés rencontrées à domicile et aux aménagements qui facilitent la vie. Il se trouve que les bénévoles ont été les premiers touchés, les premiers intéressés par la formation, cela faisait écho en eux car ils étaient concernés indirectement... C'est à cela qu'il faut parvenir lors d'une formation auprès de seniors, ne pas tout ramener à l'âge, à la vieillesse, à la prévention des risques... Il faut leur parler de leur quotidien, les amener à analyser leurs gestes du quotidien, et là ils se sentiront concernés et non stigmatisés. Car finalement, les personnes âgées ne sont pas « vieilles ». Ce sont nous qui regardons nos Aînés comme des « vieux ». La plupart des personnes âgées ne se sentent pas vieilles, c'est le

⁴⁹ Disponible sur internet sous l'onglet « Protocole d'utilisation » : <http://hadj.kalfat.free.fr/BME1.htm>, consulté le 07/05/2015.

⁵⁰ Sources : <http://www.soins-infirmiers.com/douleur.php>, et <http://www.doloplus.com/description/description1.php>, consultés le 07/05/2015.

regard que nous portons sur elles qui leur fait se sentir « vieilles ». Lorsque nous étions en stage en EHPAD, nous avions demandé à une résidente, âgée de 80 ans environ, pourquoi elle ne se trouvait pas au goûter avec les autres résidents. Elle nous a répondu qu'elle ne comprenait pas pourquoi elle irait à la table de personnes beaucoup plus âgées, qu'elle n'avait rien à leur dire, qu'ils n'avaient pas les mêmes sujets de conversation, qu'ils étaient « vieux » et surtout qu'ils radotaient et étaient sourds ! Bien que cette résidente fût démente, elle se voyait telle une jeune femme, pourquoi démentirions-nous cette croyance ?

Pour conclure, nous citerons le Pape François, âgé de 78 ans, qui a déclaré le mercredi 04 mars 2015 devant 12 000 personnes rassemblées sur la place Saint-Pierre lors de l'audience générale hebdomadaire : *« La vieillesse n'est pas une maladie. La personne âgée n'est pas un Martien. La personne âgée, c'est nous, d'ici peu ou dans longtemps, inévitablement, même si nous n'y pensons pas. [...] Grâce aux progrès de la médecine, la vie s'est allongée, mais la société ne s'est pas ouverte à la vie ! Tant que nous sommes jeunes, nous sommes poussés à ignorer la vieillesse, comme s'il s'agissait d'une maladie à maintenir au loin, mais lorsque nous vieillissons - en particulier si nous sommes pauvres, malades et seuls -, nous faisons l'expérience des lacunes d'une société programmée sur l'efficacité qui, en conséquence, ignore les personnes âgées. »* Il a cité également son prédécesseur, Benoît XVI, qui avait déclaré que : *« la qualité d'une civilisation se juge en partie à la manière dont elle traite les personnes âgées »*. Depuis son élection en 2013, le pape François a défini en une formule : *« la culture du rebut »* c'est-à-dire la marginalisation des catégories les plus faibles et le manque de solidarité intergénérationnelle dans une société individualiste dominée par les lois du marché⁵¹. A méditer...

B. Hypothèses de réponses

Rappelons notre question de recherche :

« Comment les spécificités et les missions d'un ergothérapeute en libéral participent-elles au maintien à domicile des personnes âgées ? »

En suite à nos recherches documentaires et à nos entretiens exploratoires avec plusieurs professionnels, nous pouvons formuler ainsi notre hypothèse de réponse : l'exercice libéral de l'ergothérapie permet un relais personnalisé entre les institutions et la personne âgée, il assure un suivi sur le long cours, il prévient l'hospitalisation ainsi que l'institutionnalisation et favorise une meilleure qualité de vie dans le lieu de vie de la personne. Ainsi il est un véritable acteur du maintien à domicile des sujets âgés. Il répond dans le milieu écologique, c'est-à-dire dans le lieu de vie, au plus près des besoins des usagers. Un ergothérapeute libéral spécialisé dans le maintien à domicile de la personne âgée ne permettrait pas uniquement d'apporter des réponses matérielles, mais il permettrait également de soutenir les aidants, ainsi que de les former, et d'être au plus près de la personne âgée dans son environnement afin de prévenir son hospitalisation et l'altération de son état général.

⁵¹ Sources : http://www.lepoint.fr/monde/pape-francois-la-personne-agee-n-est-pas-un-martien-04-03-2015-1909925_24.php, consulté le 07/03/2015.

En outre, faire connaître d'avantage l'exercice libéral de l'ergothérapie aux prescripteurs (médecins généralistes) et aux financeurs (Sécurité sociale, mutuelles, bailleurs sociaux) favoriserait un maintien à domicile adapté aux besoins et aux attentes des personnes âgées. En effet, il est rare que ce soit un particulier qui fasse la demande de prestation pour diverses raisons, par exemple : le déni de sa situation, le problème financier (coût de la prestation), la méconnaissance de notre profession...

Par ailleurs, la reconnaissance de l'exercice libéral de l'ergothérapie permettrait de faire bénéficier le plus grand nombre de personnes ayant besoin de ce type de prise en soins. De plus, en travaillant en pluridisciplinarité avec des pairs psychomotriciens, kinésithérapeutes, neuropsychologues, ... chaque professionnel travaillant ensemble pour un même objectif et avec un même projet avec le patient permettrait de gagner en efficience, en clarté et en cohérence.

IV. Méthodologie de recherche

A. Choix de l'outil d'enquête et de la population interrogée

Dans un premier temps, nous avons pensé cibler notre recherche, étant donnée la grande disparité de l'offre en fonction des régions, sur deux régions limitrophes, l'Alsace et la Franche-Comté. Ces deux régions ont une densité d'ergothérapeutes en exercice libéral faible (de 0 à 9%) par rapport au nombre d'ergothérapeutes exerçant dans d'autres secteurs d'activités (cf. Annexe V : Densité d'ergothérapeutes en exercice libéral en France, p. 4). Nous souhaitions comprendre pourquoi : pénurie d'ergothérapeutes ? Des offres d'emplois mais pas de réponse à ces offres, d'où la création dans le Haut-Rhin d'un Institut Interrégional de Formation en Ergothérapie pour répondre à cette pénurie ? Des dispositifs gérontologiques déjà bien présents, donc des difficultés pour un ergothérapeute libéral de trouver sa place ? Des prescripteurs et des financeurs qui méconnaissent l'intérêt et le rôle de l'ergothérapie en gériatrie ? etc. Cependant nous avons craint d'avoir peu de réponses étant donné la faible représentativité des ergothérapeutes dans l'Est et nous trouvons cette démarche trop restrictive.

Ainsi nous avons choisi, dans un second temps, d'élargir notre panel, d'avoir une représentation plus large, et de réaliser des questionnaires électroniques⁵² au niveau national auprès d'ergothérapeutes libéraux. Ils recevront notre questionnaire par mail. Nous avons trouvé les adresses dans le répertoire des ergothérapeutes en exercice libéral sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes⁵³ « Liste des ergothérapeutes adhérents de l'ANFE exerçant en libéral intervenant auprès de personnes âgées ». Nous les contacterons par un appel téléphonique afin de nous présenter à eux, de leur demander leur autorisation pour l'envoi du mail et de les remercier d'avance de leur participation. Nous souhaitons découvrir ici les motivations de leur installation en libéral, leurs spécialités, les domaines d'activités privilégiés, les types de population qui leur sont préférentiels et ceux, au contraire, qu'ils « laissent de côté » pour telles ou telles raisons, leurs missions, etc. Nous

⁵² Le questionnaire se trouve en intégralité ci-dessous, cf. Annexe XIII : Questionnaires d'enquête, p. 80 à 91.

⁵³ Source : <http://www.anfe.fr/developpement-professionnel/exercice-liberal>, consulté le 23/10/2014.

sommes conscients que, dans l'idéal, des entretiens auprès de ces ergothérapeutes auraient été préférables plutôt que des questionnaires ; notre enquête est qualitative, cependant nous utilisons une méthode de recueil d'informations quantitatives (le questionnaire). Néanmoins pour des questions de praticité nous avons choisi la diffusion de questionnaires. Nous espérons également pouvoir réaliser un entretien *de visu* avec une ergothérapeute à mi-temps en libéral et à mi-temps dans un Centre d'Informations et de Conseils en Aides techniques. Cela nous permettra d'approfondir et de préciser des questions en direct, d'aller au plus près du point de vue de l'ergothérapeute et de son ressenti afin qu'il n'y ait aucun malentendu, de contresens ni d'incompréhension contrairement au questionnaire électronique où nous ne pouvons pas demander à notre interlocuteur de préciser leur pensée. Effectivement, le questionnaire est un outil délicat pour cela, car si nous avons formulé inconsciemment des questions à double-sens, peu claires, les réponses seront biaisées et non exploitables dans notre analyse. La trame de nos questions est sensiblement la même que celle utilisée pour les questionnaires électroniques destinés aux ergothérapeutes libéraux (cf. Annexe XII : Entretien d'enquête, p. 95 à 98).

Ensuite, si possible, nous aimerions réaliser trois entretiens téléphoniques (ou visio-téléphoniques) avec une ergothérapeute libérale que nous citons dans notre phase conceptuelle (cf. III. A. 2., Laurianne JESSON, dans la définition du maintien à domicile) qui exerce près de Strasbourg, une ergothérapeute libérale de Bourgogne, et une ergothérapeute libérale d'Alsace. Ces entretiens pourront faire l'objet de notre « plan B » si nous n'avons pas suffisamment de retour de questionnaires.

Nous souhaitons également diffuser des questionnaires à des ergothérapeutes non libéraux. Ils recevront également notre questionnaire par mail. Pour ce faire, nous avons choisi de (re)contacter certains ergothérapeutes qui nous ont accueillies en stage et des ergothérapeutes que nous avons rencontrées dans le cadre de nos cours magistraux à l'Institut. Ce sont des ergothérapeutes qui nous connaissent, qui nous ont déjà rencontrées, donc nous pensons que nous aurons une chance d'avoir des réponses. De plus, ces réponses pourront être variées étant donné leurs secteurs d'activité différents : Centre Hospitalier Universitaire (deux tutrices), Centres de Rééducation Fonctionnelle (deux tutrices) et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (une tutrice). Nous y ajouterons leurs collègues et nous leur proposerons de le diffuser à leurs pairs travaillant dans des secteurs d'activités similaires accueillant des personnes âgées. Nous souhaitons connaître leurs représentations vis-à-vis du thème, les éléments qui ont pu décourager leur installation en libéral, leurs liens avec ce type d'exercice, leurs points de vue sur la prise en soins des personnes âgées en institution et à domicile, le suivi et le relais qu'il y a (ou non) entre ces deux éléments (institution et domicile), etc.

N.B. : Nous utilisons les termes d'ergothérapeutes « *libéraux* » (sous-entendu les ergothérapeutes ayant comme statut juridique une entreprise individuelle⁵⁴, une société civile de moyens (SCM), une société à responsabilité limitée (SARL) ou les ergothérapeutes étant salariés d'un cabinet libéral) et d'ergothérapeutes « *salariés* » (sous-entendu les ergothérapeutes salariés, et non vacataires, de centres hospitaliers, de centres de rééducation,

⁵⁴ Exemple : Mme D. en auto-entreprise. Son statut juridique est celui de l'entreprise individuelle.

d'EHPAD, etc.). Ces termes sont impropres. Ce sont des raccourcis. Nous sommes conscients que des ergothérapeutes exerçant en libéral peuvent être salariés du cabinet... et peuvent être vacataires au sein d'une institution, d'une structure...

Nous avons donc laissé de côté notre idée première qui était de réaliser des entretiens d'enquête auprès de médecins généralistes. En effet, avant de promouvoir l'exercice libéral (dans le maintien à domicile) il s'agit au préalable de nous interroger sur « pourquoi l'exercice libéral favoriserait le maintien à domicile ? », et également de comprendre les tenants et les aboutissants qui agissent sur la volition d'un ergothérapeute de s'installer ou non en libéral.

Par ailleurs, nous n'avons pas poursuivi, vu le temps imparti, la réalisation d'entretiens auprès de la Sécurité Sociale, des médecins conseils, des mutuelles, des assurances privées et des complémentaires retraites embauchant (ou non) des ergothérapeutes (exemple : Réunica⁵⁵), bien que cela nous aurait fortement intéressé...

Selon le temps imparti qui restera à notre disposition, nous élargirons notre recherche sur les représentations des étudiants en 3^{ème} année de formation en ergothérapie (cf. Annexe XIV : Questionnaire à destination des étudiants, p. 100 et 101). En effet, nous avons conçu un questionnaire pour les étudiants ergothérapeutes que nous n'avons pas diffusé, car nous avons eu peur de nous éloigner de notre problématique en nous focalisant sur des représentations et des perspectives professionnelles plutôt que sur des faits concrets, réels, nous l'avons donc laissé de côté au risque de récolter uniquement des perceptions : quelles sont les perspectives professionnelles des ergothérapeutes de demain ? Sont-ils intéressés par l'exercice libéral de l'ergothérapie et le maintien à domicile des personnes âgées ? Ont-ils l'intention d'investir le secteur de la gériatrie ou sont-ils majoritairement attirés par le secteur de la rééducation fonctionnelle et la pédiatrie ? Etc.

B. Guide d'entretien

1. Méthodologie du recueil des données

Pour l'entretien d'enquête (retranscrit en intégralité en annexe, cf. Annexe XII : Entretien d'enquête, p. 46 à 74) nous avons suivi un guide d'entretien de dix-sept questions au total qui nous ont servi de fil conducteur. Elles s'articulent autour de deux grandes thématiques principales : l'exercice libéral de l'ergothérapie et le maintien à domicile. Cet entretien était de type semi-directif ou guidé, c'est-à-dire que nous avons fixé nos zones d'exploration (nos concepts et nos hypothèses de réponse), contrairement aux entretiens exploratoires. Nous souhaitons que l'ergothérapeute interrogée traite et approfondisse les thèmes proposés. Pour construire les questions de l'entretien nous avons réalisé un tableau (à l'exemple de celui que nous avons réalisé pour la construction de notre questionnaire électronique envoyé à des ergothérapeutes libéraux dans toute la France, cf. ci-dessous) nous permettant de suivre nos concepts définis ci-dessus et nos hypothèses de réponse.

⁵⁵ Source : <http://www.reunica.com/home/dependance/trouver-solution-hebergement/adapter-votre-logement.html>, consulté le 15/02/2015.

N.B. : Pour les entretiens exploratoires (retranscrits en intégralité en annexe, cf. Annexe XI : Entretiens exploratoires, p. 14 à 42), comme leur nom peut l'indiquer, nous n'avions pas construit de guide d'entretien proprement dit. Ils étaient de type non-directif. Nous avons préparé au préalable quelques questions ouvertes afin d'orienter les échanges avec l'ergothérapeute et les médecins faisant fonction de gériatre sur les thèmes qui nous intéressent. Nous désirions « prendre connaissance du terrain ».

2. Passation et méthodologie de l'analyse des données

L'entretien d'enquête avec Mme D. s'est passé en une fois, à notre domicile. Nous avons échangé au préalable par mail, afin de lui expliquer notre démarche et en lui énonçant les grandes lignes de notre problématique. En effet, nous lui avons expliqué que nous nous interrogeons sur l'exercice libéral de l'ergothérapie et son rôle auprès des personnes âgées et notamment dans leur maintien à domicile. Cependant, afin de ne pas orienter ses réponses nous ne lui avons pas fait part de nos hypothèses, de nos recherches documentaires et de nos entretiens exploratoires.

A la suite de notre entretien, pour pouvoir l'analyser nous avons suivi plusieurs étapes. Tout d'abord, nous avons enregistré notre échange avec Mme D. et nous l'avons retranscrit intégralement (cf. Annexe XII : Entretien d'enquête, p. 46 à 74). Nous avons ensuite recoupé et confronté, au moment de la relecture de cet entretien, les éléments clés avec les différentes réponses que nous avons obtenues dans notre questionnaire envoyé aux ergothérapeutes libéraux. Pour ce faire nous avons réalisé un tableau typologique se trouvant en annexe, suite à la retranscription.

C. Guide des questionnaires

1. Méthodologie du recueil de données

a) Questionnaire d'enquête à destination des ergothérapeutes libéraux

Nous avons réalisé le questionnaire d'enquête à destination des ergothérapeutes libéraux à l'aide de Google Forms⁵⁶. Il se trouve en annexes (cf. Annexe XIII : Questionnaires d'enquête, p. 80 à 91) ainsi que les courriers électroniques d'envoi et de remerciements. Nous avons recueilli leur l'adresse mail via l'annuaire des ergothérapeutes adhérents à l'ANFE⁵⁷.

Au préalable, nous avons testé le questionnaire auprès de deux sujets afin de contrôler la compréhension de nos questions. Puis nous avons contacté les ergothérapeutes par téléphone, afin de nous présenter en personne et de leur demander s'ils acceptaient de répondre à notre questionnaire avant l'envoi.

Pour la construction du questionnaire proprement dit, nous nous sommes appuyés sur nos trois concepts (exercice libéral de l'ergothérapie, maintien à domicile, personne âgée) et sur nos hypothèses de réponse (exercice libéral de l'ergothérapie et personne âgée : un relais personnalisé entre institution et personne âgée, un suivi sur le long cours, une prévention de l'hospitalisation et de l'institutionnalisation, une meilleure qualité de vie dans le lieu de vie de

⁵⁶ Notre questionnaire est lisible et réalisable à cette adresse : <http://goo.gl/forms/YrWvee5FM6>.

⁵⁷ Source : « Liste des ergothérapeutes adhérents de l'ANFE exerçant en libéral intervenant auprès de **personnes âgées** », <http://www.anfe.fr/annuaire>, consulté le 02/03/2015.

la personne, un véritable acteur du maintien à domicile) à partir desquels nous avons réalisé un tableau récapitulatif, thématique (cf. Annexe XIII : Questionnaires d'enquête, p. 76 et 77). Ce dernier nous permet, dans l'idéal, de contrôler que nos questions sont équilibrées et qu'elles ne sont pas hors sujet.

b) Questionnaire d'enquête à destination des ergothérapeutes salariés

Nous avons réalisé le questionnaire d'enquête à destination des ergothérapeutes salariés à l'aide de Google Forms®. Il se trouve ci-dessous en annexes (cf. Annexe XIII : Questionnaires d'enquête, p. 80 à 91) ainsi que les courriers électroniques d'envoi et de remerciements.

Pour la construction du questionnaire, nous nous sommes appuyés sur le questionnaire précédent destiné aux ergothérapeutes libéraux. Nous souhaitons mettre en lien leurs réponses, les confronter, connaître leurs représentations les uns envers les autres.

2. Passation et méthodologie de l'analyse des données

Nous avons envoyé respectivement les questionnaires les 02 mars (libéraux) et 17 avril 2015 (salariés). Nous n'avons pas mis de date d'arrêt du questionnaire.

Pour analyser nos questionnaires et leurs réponses, nous avons établi deux grandes thématiques que nous avons divisées en sous-catégories (cf. *V.B. Analyse des données*, ci-dessous). Nous avons ensuite réalisé deux tableaux se trouvant en annexe (cf. Annexe XIII : Questionnaires d'enquête, « Justification du choix des questions et résultats obtenus », p. 80 à 91) où nous avons rendu lisible certaines réponses sous forme de graphiques. Les réponses plus « littéraires » ont été d'emblée analysées dans les sous-catégories adéquates.

V. Résultats et analyse des données

A. Résultats

1. Résultats de l'entretien

Nous avons donc effectué un entretien avec une ergothérapeute, Mme D., travaillant à mi-temps en libéral et à mi-temps dans un Centre d'Informations et de Conseils en Aides Techniques. Cela a mis en lumière différents éléments.

Tout d'abord, lors de notre phase exploratoire (ci-dessus *II. A. 4.*), nous avons détaillé différents dispositifs gérontologiques. De ce fait nous croyions que cette multiplicité était un frein au développement de l'ergothérapie libérale, il s'avère que ce n'est pas le cas pour cette ergothérapeute, bien au contraire. Par ailleurs, nous pensions que le lien entre prescripteur et ergothérapeute libéral était prégnant, qu'il était primordial et indispensable de promouvoir notre profession auprès des médecins afin de nous installer, d'où nos entretiens auprès de médecins. Cependant en ce qui concerne cette ergothérapeute, ce n'est pas le cas : elle a constaté qu'elle avait peu de liens avec les médecins. Les structures qui la missionnent sont la MDPH, les bailleurs sociaux et l'ANAH. Elle a donc beaucoup plus de liens avec les « financeurs » qu'avec les « prescripteurs ».

Nous développerons davantage l'apport de cet entretien dans notre analyse des données ci-dessous, dans chaque item, sous-catégories.

2. Résultat des questionnaires

a) Questionnaires envoyés aux ergothérapeutes libéraux

Nous avons appelé et envoyé le questionnaire à trente-neuf ergothérapeutes libéraux inscrits au répertoire de l'ANFE (liste citée ci-dessus dans le guide des questionnaires, cf. IV.A.3.a)) dans toute la France. Vingt-cinq d'entre eux ont complété le questionnaire dont cinq hommes et vingt femmes ergothérapeutes. Les quatorze ergothérapeutes restant ne nous ont pas répondu, ou n'ont pas souhaité compléter le questionnaire car ils ne travaillent pas avec des personnes âgées (il semble donc y avoir quelques lacunes dans le répertoire de l'ANFE que nous ne pouvions pas prévoir).

Notre échantillon est varié de par les réponses en provenance de divers horizons de l'ensemble du territoire français. Nous avons établi pour cela en annexes une carte de France indiquant les provenances des ergothérapeutes nous ayant répondu (cf. Annexe XIII : Questionnaires d'enquête, Répartition régionale des réponses obtenues, p.79). Nous pouvons également dire que notre échantillon est diversifié et donc riche dans ses points de vue du fait du panel des âges : les ergothérapeutes interrogés ont entre 22 et 55 ans. La moyenne d'âge est de 37,36 ans. Les plus jeunes sont diplômés depuis 2014 et les plus âgés depuis 1985. Deux ergothérapeutes interrogés ont exercé un autre métier avant d'être ergothérapeute et par ailleurs, deux ergothérapeutes ont été formés en Suisse et en Belgique et y ont travaillé quelques temps.

b) Questionnaires envoyés aux ergothérapeutes salariés, non libéraux

Nous avons envoyé le questionnaire à dix neuf ergothérapeutes de centre hospitalier, de centre de rééducation et d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Il a peut être été diffusé à d'autres ergothérapeutes, à notre demande. Nous ne saurons donc pas quantifier le nombre d'ergothérapeutes ayant reçu notre questionnaire. Nous savons uniquement que huit ergothérapeutes nous ont répondu. Nous avons donc un petit échantillon, peu représentatif en termes de population et de représentativité du territoire. Cela est peu gênant car nous n'avions pas pour objectif de comparer nos deux échantillons. Il s'agit de huit femmes ergothérapeutes, d'Alsace, de Franche-Comté et du Luxembourg. Elles travaillent toutes auprès de personnes âgées, en centre hospitalier, en centre de rééducation, en EHPAD, à la MDPH et/ou en réseau de soins à domicile. Elles sont âgées de 28 à 57 ans. La moyenne d'âge est de 37,25 ans. Les plus jeunes sont diplômées depuis 2008 et les plus âgées depuis 1981.

B. Analyse des données

Nous avons souhaité ici, au regard de notre cadre conceptuel, recouper et analyser ensemble les différents éléments que nous avons reçus de notre entretien avec Mme D. et de nos deux questionnaires (l'un à destinations des ergothérapeutes libéraux et le second à destination d'ergothérapeutes salariés d'une institution accueillant des personnes âgées), mais aussi de nos recherches documentaires et de nos entretiens exploratoires.

Cette partie comprend donc la synthèse des données et leur analyse via deux grandes thématiques : « spécificités de l'exercice libéral de l'ergothérapie » et « personnes âgées et

missions de l'exercice libéral ». Ces thématiques sont elles-mêmes divisées en catégories correspondant aux items des questions posées lors des entretiens et des questionnaires électroniques.

La construction de notre démarche est illustrée et lisible en annexes (cf. Annexe XII : Entretien d'enquêtes, p.44, 45, 75, et Annexe XIII : Questionnaires d'enquête, p.76, 77, 80 à 91).

N.B. : Ci-dessous nous analysons donc, entre autres, les réponses que nous avons eues à nos questionnaires. Il s'agit de deux petits échantillons de vingt cinq ergothérapeutes libéraux et de huit ergothérapeutes libéraux, donc non significatifs et non représentatifs de l'ensemble des représentations des ergothérapeutes libéraux et salariés. Nous n'aurons donc pas la prétention d'extrapoler ces résultats à l'ensemble du territoire français. Il en est de même pour la subjectivité des quatre personnes interviewées lors des entretiens.

1. Spécificités de l'exercice libéral de l'ergothérapie

a) Installation en libéral et DE

Nous pensions que la majorité des ergothérapeutes s'installaient seulement après plusieurs années d'expérience, d'exercice, en salariat, en institution, comme l'a fait Mme D. D'après notre questionnaire nous n'avons pas eu de résultats significatifs : 8 sur 25 des ergothérapeutes interrogés s'installent en libéral entre 1 an et 5 ans après le Diplôme d'Etat (DE) et 8 sur 25 d'entre eux s'installent plus de 11 ans après le DE. *In fine*, par rapport à nos questionnements initiaux, nous pouvons dire que peu d'ergothérapeutes (3 sur 25) se sentent aptes à s'installer en libéral suite à l'obtention de leur DE (contrairement à d'autres professions paramédicales comme les kinésithérapeutes par exemple).

Lors de notre entretien avec Mme D., ergothérapeute libérale, elle nous témoignait ne pas trouver cela inconsideré de s'installer en libéral dès l'obtention du diplôme, au contraire, elle nous y encourageait. Cependant, elle témoigne qu'au sortir du DE, l'aspect financier (ex. : investir dans du matériel, ne pas avoir de salaire fixe et suffisant au début de l'activité, etc.) a été pour elle un frein. De plus, elle ne se sentait pas avoir tous les bagages nécessaires, surtout en ce qui concerne la réadaptation (aménagement, aides techniques, matériel...). Cet avis est partagé avec Mme KOCH, ergothérapeute libérale que nous avons eu au téléphone, qui nous déconseillait de nous installer dès l'obtention de notre diplôme, notamment parce qu'elle pense que nous ne sommes pas suffisamment formés en IFE sur les démarches administratives, l'étude de marché à réaliser, le statut à choisir en fonction de notre chiffre d'affaire prévisionnel, la réponse adéquate à apporter aux demandes diverses et variées entrant ou non dans nos compétences etc. Nous n'avons pas ces questions à nous poser quand nous postulons en salariat. Nous développons davantage cet aspect ci-dessous dans « Obstacles personnels à l'installation ». Il revient donc à chacun et chacune de faire son choix en conscience éclairée, en fonction de ses ressources, de son tempérament, de ses envies...

b) Mode d'installation

Le cabinet libéral individuel est le mode d'installation privilégié (16 sur 25) par les ergothérapeutes libéraux nous ayant répondu. La Maison de santé est la moins représentée (3 sur 25). Il serait intéressant de savoir pourquoi (serait-ce dû à la méconnaissance de notre métier par les autres professions médicales et paramédicales ?). La participation d'ergothérapeutes à ce type de structure serait donc innovante.

N.B. : Nous avons pu discuter lors de nos entretiens avec médecins et ergothérapeutes de ce concept de Maison de Santé. Il en ressort quelques bémols vis-à-vis des représentations que nous nous en faisons. Le travail de chacun ne se réalise pas en pluridisciplinarité comme cela s'entend en centre de rééducation ou en service de soins à domicile. Plusieurs professionnels travaillent l'un à côté de l'autre au sein d'un même bâtiment. C'est une structure centralisée pour le patient où il peut venir consulter plusieurs professionnels. Cependant il n'y a pas de réunion pluridisciplinaire au sujet des patients où les professionnels construisent, échangent et travaillent autour d'un projet commun. De plus, pour des raisons pratiques et éthiques (secret professionnel), le partage du dossier patient entre les professionnels n'est pas aussi aisé qu'en institution. Tous les professionnels de la Maison de Santé X. (médecins, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychologues...) ne vont pas être amenés à suivre l'ensemble des patients, donc des accès limités devront être mis en place.

Mme D. nous témoigne avoir choisi le statut d'auto-entreprise. En effet, ce statut lui procure plus de simplicité que le statut libéral. Il y a moins de lourdeurs administratives que ce dernier (ex. : si elle est amenée à ne rien déclarer un trimestre, elle n'aura ni frais ni charges). La démarche est simple et rapide. Elle n'a pas de comptabilité particulière, elle a fait le choix de déclarer ses impôts trimestriellement, et le plafond annuel à ne pas dépasser (32 000 euros environ) est suffisant pour son exercice libéral à mi-temps.

c) Temps de travail

Contrairement à nos « idées reçues », nous constatons que sur les 25 ergothérapeutes interrogés, 13 ergothérapeutes libéraux exercent à temps plein, ce qui est plus de la moitié. Lors de nos recherches documentaires, nous avons lu que les installations alliaient salariat et libéral pour la moitié d'entre elles, qu'un temps plein ne permettait pas de subvenir à ses besoins. Nous pourrions ainsi dire que l'exercice libéral de l'ergothérapie est en plein essor grâce à ses acteurs de plus en plus nombreux mettant en avant leurs compétences et leur savoir faire au profit des questionnements et des besoins de la collectivité publique.

Cependant, il est nécessaire, au regard de nos entretiens et de nos questionnaires, de diversifier sa pratique en s'ouvrant à tous âges et à plusieurs secteurs d'activités (pédiatrie, gériatrie, rééducation, réadaptation, expertise...) afin de pouvoir réaliser son exercice à temps plein. Nous développons davantage cet aspect ci-dessous dans « Motivations, raisons et avantages de l'installation ».

Mme D. a fait le choix de conserver son mi-temps en salariat par goût et envie afin de conserver ses échanges avec ses collègues et de ne pas se retrouver certains jours seule professionnellement.

d) Spécificités de l'exercice libéral VS l'exercice salarial

Selon les ergothérapeutes ayant répondu à notre questionnaire et l'entretien effectué avec Mme D., nous constatons que les désavantages (de l'exercice libéral par rapport à l'exercice salarial) majeurs mis en avant sont notamment : un nombre d'heure de travail plus important qu'en salariat pour un revenu modéré ; des lourdeurs administratives et de gestion (ex. : estimer son temps de travail et son coût) ; la méconnaissance de la profession (en salariat, il n'y a pas de démarchage à réaliser auprès des clients/patients) ; le non remboursement des actes par la Sécurité Sociale (en salariat, les actes d'ergothérapie sont financés via la tarification à l'activité, T2A, ou via des dotations annuelles fixées par le Ministère de la Santé) et de ce fait l'accompagnement est rendu parfois délicat à domicile car il y a l'aspect financier qui entre directement en jeu avec la demande de paiement de la prestation d'ergothérapie.

Cependant Mme D. affirme ne pas avoir eu de démarchage à faire, car selon elle, elle s'est installée pour répondre à des demandes croissantes de bailleurs sociaux. Par ailleurs, elle n'est pas touchée directement par le non remboursement des actes ergothérapiques par la Sécurité Sociale, car elle ne fait pas de rééducation, mais essentiellement de l'aménagement à domicile, de la préconisation d'aides techniques et de matériel. Ainsi, pour ce type d'actes, les financements proviennent du Conseil Général, de l'ANAH, des bailleurs sociaux... Donc tout dépend de l'orientation que nous souhaitons donner à notre installation en libéral, versant rééducation ou versant réadaptation, les problématiques financières ne seront pas les mêmes.

Par ailleurs, il est également notifié par les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire que nous avons plus de responsabilités en libéral qu'en salariat et que cela peut être gratifiant ou non. Nous développerons davantage cet aspect de responsabilité ci-dessous dans « Responsabilités et exercice libéral ». Mme D. ne partage pas cet avis, pour elle le sentiment de responsabilité est le même en salariat qu'en libéral.

En outre, il a été mis en avant par les thérapeutes interrogés, en entretien et dans nos questionnaires, les richesses et bénéfices du libéral non retrouvés en salariat, notamment le fait de pouvoir choisir sa « politique de soins », sa « philosophie de soins », c'est-à-dire être libre et maître de ses choix professionnels, de ses thérapies, de ses pratiques et de ses techniques, contrairement à l'institution où elles peuvent nous être imposées par le modèle de pratique de l'établissement. Nous sommes décisionnaires, autonomes et indépendants. Nous sommes nos propres patrons. Nous avons notre gestion personnelle des clients (choix de la patientèle, formation, temps de travail...). La pratique est plus diversifiée et plus complète qu'en salariat au niveau des interventions, des actes et de la population. En libéral, il y a également cette liberté de manœuvre, de travail, au niveau de l'organisation, des horaires de travail, de la gestion de son emploi du temps et des choix de partenariats. Il requiert d'avoir des capacités d'adaptation permanente, de flexibilité et de réactivité. La pratique est plus proche de la vie quotidienne des usagers et de leurs difficultés dans leur environnement. La pratique est plus « écologique » qu'en salariat par l'intervention sur le lieu de vie. L'utilisateur n'est plus ou n'est pas dans un contexte d'hospitalisation, il peut alors être plus disponible émotionnellement et psychologiquement dans un contexte qui lui est familier (contrairement à l'institution) et nous pouvons donc répondre au plus près de ses besoins réels. L'intervention est plus adaptée car elle est hors les murs du cadre institutionnel, cadre souvent troublant pour

les personnes âgées. La confiance est alors parfois plus aisée à établir dans ce contexte avec la personne et son entourage.

e) Responsabilités et exercice libéral

23 ergothérapeutes interrogés (sur 25) affirmeront dans notre questionnaire avoir davantage de responsabilités en libéral qu'en salariat. Nous nous attendions à cette réponse cependant nous nous demandons si cela est perçu comme gratifiant ou contraignant pour eux ? Un peu les deux... En effet, il peut y avoir un sentiment de responsabilité plus grand vis-à-vis de l'usager car nous sommes parfois leur seul interlocuteur. Il y a souvent une attente de résultats des clients plus prégnante qu'en salariat car l'aspect financier entre directement en jeu, comme expliqué ci-dessus (dans « Spécificités de l'exercice libéral VS l'exercice salarial »). La satisfaction des clients et des partenaires impacte directement les futurs contacts et donc la viabilité de l'exercice libéral. Comme en institution, ils se doivent naturellement de proposer une qualité de service, des informations les plus justes, objectives et exhaustives possible et une écoute bienveillante au plus près de la demande des patients et des familles. Ils sont responsables de leurs écrits professionnels.

Ils assument seuls la responsabilité totale et individuelle de leurs actes. Comme mentionné ci-dessus (dans « Spécificités de l'exercice libéral VS l'exercice salarial »), l'ergothérapeute libéral est son propre chef d'entreprise (pas de cadre de santé ni de directeur, pas de supérieur hiérarchique à qui on peut se référer), ils interviennent en leur nom propre, personne ne peut les couvrir ou les soutenir et/ou faire médiation en cas de problème ou de mécontentement ou de désaccord, bien que l'intégralité de leurs actes soit couverte par une prescription médicale. Ils sont seuls face à la responsabilité du soin et de l'éthique du métier, d'où l'importance de se créer un réseau. Mme D. appuie cela en témoignant qu'il est important de se créer un réseau avec les fournisseurs, les assistantes sociales, les tuteurs/curateurs, l'entourage, les aidants, les AVS, etc.).

Il peut y avoir, en fonction du thérapeute libéral ou salarié, un investissement professionnel et personnel plus grand qu'en salariat au niveau des recherches documentaires et des formations à effectuer (veille professionnelle afin d'être toujours à jour). Il est nécessaire d'être au clair avec sa pratique pour rester dans ses compétences et dans son champ d'intervention, de se former régulièrement afin de suivre l'évolution des moyens utilisés. Pour Mme D., cela s'illustre par les recherches qu'elle doit faire en termes de législation sur l'accessibilité, que ce soit pour les bâtiments publics ou privés.

Ils sont responsables de leur organisation (matériel, planning, déplacements) et de leurs choix thérapeutiques (objectifs et moyens de traitement). Ils gèrent les aspects administratifs et financiers (gestion du temps de travail, comptabilité, chiffre d'affaires, taxes, charges, déclarations, cotisations, démarches...) contrairement aux ergothérapeutes salariés, une mauvaise gestion peut mener à l'échec de l'activité. Le salaire est lié à leur quantité de travail (« si je ne travaille pas, je ne gagne pas ma vie »).

Il est nécessaire d'aller continuellement vers les autres professionnels libéraux intervenant auprès de nos clients et de connaître les réseaux en lien avec la gériatrie. Contrairement à l'institution où tout le monde est regroupé, en libéral chacun travaille « dans son coin ».

Ils sont souvent l'intermédiaire entre le médical (qui voit la personne âgée très ponctuellement) et la personne (et ses besoins réels de terrain). Cependant contrairement à l'institution, évaluations, bilans et comptes rendus ergothérapeutiques ne sont pas partagés et approuvés systématiquement par un médecin et par d'autres professionnels paramédicaux. L'ergothérapeute libéral en assume seul les conséquences. Il est amené à prendre des décisions seul qui, en institution, auraient été préalablement discutées afin d'obtenir un consensus en équipe. Il n'y a pas de répartition, de partage des responsabilités comme en institution. Ils sont « maîtres » de leur pratique tout en faisant en sorte de travailler en réseaux, d'informer les familles, de rendre compte de l'accompagnement réalisé, etc. Tous ces éléments peuvent être alors être, en fonction du thérapeute, de réels leviers ou de réels freins pour s'installer en libéral !

f) Motivations, raisons et avantages de l'installation

La liberté (être son propre chef, avoir ses propres horaires, souplesse dans le suivi, planning, déplacement à domicile, etc.) est l'une des raisons majeures (21 sur 25) ayant motivé l'installation des ergothérapeutes interrogés. En effet, ces derniers ajoutent que ce mode d'exercice leur permet notamment d'avoir un suivi du début à la fin ; d'appréhender un public divers et varié ; de s'épanouir professionnellement ; de découvrir une autre manière de travailler ; d'être libre dans son organisation de travail (ex. : rédaction de comptes rendus soirs et week-ends...) ; d'être proche de son lieu de travail ; d'avoir davantage de responsabilités et d'avoir une approche réelle du milieu écologique et ainsi de mieux objectiver les comportements et besoins du bénéficiaire. Cet aspect est également mis en avant et partagé par Mme D., ergothérapeute libérale, lors de notre entretien.

L'aspect financier (la meilleure rémunération) n'a retenu que 5 ergothérapeutes sur les 25 interrogés. Effectivement, contrairement au « qu'en-dira-t-on » à propos des professions libérales, il n'est pas un argument véridique appuyé dans tous les cas et dans toutes les situations (comme nous l'expliquions dans notre cadre conceptuel, cf. III. A. 1)).

La majorité des ergothérapeutes a choisi des domaines divers et variés (comme expliqué ci-dessus) et n'a pas souhaité se restreindre à un domaine spécialisé (par goût, par envie ou par nécessité) afin, entre autres, de diversifier leur exercice, de ne pas se « lasser », mais aussi par la volonté de découvrir et d'explorer plusieurs domaines qu'ils trouvent intéressant. La polyvalence permet de répondre aux plus grand nombre de demandes. Effectivement, restreindre la clientèle à une tranche d'âge ou à un type de situations de handicap ne semble pas judicieux pour les premiers pas d'un cabinet libéral. Pour pouvoir rester dans un seul domaine, il est recommandé de débiter en auto-entreprise en complément d'une activité salariée. La profession étant encore méconnue, lorsque nous nous développons en libéral, mieux vaut s'ouvrir à plusieurs activités afin de toucher le plus grand nombre de clients et de pouvoir vivre de son exercice libéral. De plus, il existe des demandes dans tous les secteurs. Ainsi c'est une richesse de pouvoir travailler à plusieurs ergothérapeutes au sein d'un même cabinet car chacun peut se spécialiser selon ses goûts tout en répondant à la demande et en étant compétent.

Pour d'autres, il ne s'agit pas d'un choix, chaque domaine cité (rééducation, conseils, formation, expertise...) fait partie intégrante de la profession d'ergothérapeute et nous

n'aurions donc pas à en exclure sauf si nous souhaitons effectivement nous spécialiser dans une branche spécifique. Sur les 25 ergothérapeutes interrogés seuls 2 ont ciblé comme population uniquement les personnes âgées et ont « exclu » les enfants et les adultes.

Pour d'autres, les domaines se choisissent d'eux-mêmes en fonction des besoins du territoire rural ou urbain où nous sommes installés, en fonction de la demande, en fonction du réseau se trouvant autour de nous et faisant appel à nous et en fonction de notre expérience professionnelle et des formations effectuées en formation continue.

g) Obstacles à l'installation

Obstacles intrinsèques

Les obstacles personnels à l'installation identifiés par les ergothérapeutes interrogés ont été majoritairement (10 sur 25) l'organisation et la gestion de l'administratif, de la comptabilité (gérer son temps seul, prise de RDV, organisation de l'agenda du cabinet, du client, des déplacements, durée et déroulement des séances, temps de préparation, etc.). Viennent en deuxième positions (7 sur 25) le coût financier de l'installation et l'étude de marché préalable à effectuer (état des lieux, évaluation de la demande, de la reconnaissance de l'ergothérapie auprès d'autres professionnels de santé du secteur, etc.). Nous nous attendions à ces résultats et nous nous demandons si cela ne met pas en lumière une absence d'enseignement relatif à ce domaine au cours de notre formation initiale en ergothérapie. Nous citerons pour cela l'analyse très intéressante d'une des ergothérapeutes interrogées : « [...] *Le plus difficile quand on s'installe, selon moi est de le faire rapidement, sans s'être renseigné sur la pratique, le statut, les démarches, sans avoir fait d'étude de marché, sans s'être formé et/ou informé sur la prise en charge, ... il faut anticiper, préparer au préalable son projet à tous les niveaux. Le libéral ne s'invente pas. C'est une pratique en développement mais qui ne peut se faire que dans le temps et avec l'expérience. Nous ne sommes pas suffisamment formés en IFE à la pratique. En même temps, c'est la pratique qui nous forme. Mais des bases devraient être apprises dès la formation.* ».

Obstacles extrinsèques

Les obstacles extérieurs majeurs à l'installation sont les limites financières des usagers pour 24 ergothérapeutes interrogés sur 25. Cela rejoint ce que nous supposions dans notre cadre théorique, et ce que nous témoignait Mme A. en entretien. Elle notifiait cet aspect financier comme un des problèmes fondamentaux retenant le développement du libéral. D'où la nécessité du développement de passerelles avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et de subventions « parallèles » à la Sécurité Sociale par certaines mutuelles ou caisses de retraite complémentaires (comme le Diagnostic Bien chez moi proposé par les caisses de retraites AGIRC et ARCCO, cf. Annexe IX : Le Diagnostic Bien Chez Moi, p. 11 et 12). En deuxième et troisième positions viennent les obstacles liés à la méconnaissance de l'ergothérapie par les patients et les prescripteurs et le manque de reconnaissance de l'ergothérapie par les financeurs, ce que nous supposions également. De plus, cet avis nous a été confirmé par les médecins que nous avons rencontrés en entretiens, qui témoignent qu'au cours de leur formation à la faculté de médecine, elles n'ont pas été sensibilisées aux rôles de

l'ergothérapeute. Elles ajoutent qu'elles ne connaîtraient pas l'ergothérapie si l'ergothérapeute de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes n'y travaillait pas.

h) Liens entre ergothérapeutes libéraux et ergothérapeutes salariés

Dans notre questionnaire, 18 ergothérapeutes libéraux interrogés (sur 25) affirmeront être en lien avec des ergothérapeutes salariés de centre hospitalier ou de centre de rééducation dans le cadre du retour à domicile d'une personne âgée après hospitalisation. Les ergothérapeutes salariés ayant répondu à notre questionnaire affirment pour la moitié d'entre-elles ne pas être en lien (4 sur 8), et pour les autres, d'être en lien (4 sur 8) avec des ergothérapeutes libéraux dans le cadre du maintien à domicile, d'une demande de rééducation à domicile ou encore d'une suivi conjoint de dossier en réadaptation. Nos échantillons ne sont pas représentatifs, nous ne pouvons donc pas avoir une analyse juste. Cependant nous restons convaincus qu'un lien plus grand, entre ces ergothérapeutes favoriserait une prise en soins continue, cohérente et optimale pour les personnes âgées. Ces dernières auraient ainsi des personnes ressources à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution, cela réduirait certainement leur stress et leurs appréhensions.

Nous constatons cependant une divergence de points de vue et d'arguments entre les ergothérapeutes libéraux face à cette question. Les ergothérapeutes libéraux qui ne sont pas en lien avec des ergothérapeutes salariés l'expliquent ainsi : il n'y a pas de continuité entre l'ergothérapie institutionnelle et une éventuelle prise en soins en libéral. Les ergothérapeutes salariés auraient des difficultés à accepter les ergothérapeutes libéraux, selon une des personnes interrogées dans notre questionnaire. Les institutions considèrent le travail comme fini donc ne nécessitant pas de relais en libéral ou le relais se fait via d'autres organismes comme l'HAD. Par ailleurs, elles (les institutions) ne font que trop peu de comptes rendus à destination des libéraux, donc il n'y a pas de prise de contact. En outre, dans le cadre de son exercice libéral, l'ergothérapeute n'a pas forcément systématiquement des patients issus d'hospitalisation donc il n'y a pas de lien direct avec ses pairs salariés ou si c'est le cas, cela se fait indirectement par la transmission du bilan et des comptes rendus ergothérapiques par le patient. D'autres ergothérapeutes interrogés affirment que les ergothérapeutes salariés ont peu de pouvoir en institution pour être à même d'orienter les personnes vers des pairs libéraux. Les personnes âgées contactent l'ergothérapeute libéral en dehors du cadre du passage de l'institution au domicile. Les demandes émanent donc directement des usagers. Certains ergothérapeutes libéraux témoignent ne pas avoir le temps de prendre contact avec leurs pairs salariés. Par ailleurs, certains indiquent qu'ils n'ont pas de demande ; ce sont davantage les ergothérapeutes libéraux qui appellent les institutions, les salariés, pour des demandes de prestations plutôt que l'inverse. Pour Mme D., ce sont deux « mondes » distincts, d'un côté le domicile, et le « reste » de l'autre.

A contrario, les ergothérapeutes libéraux qui sont en lien avec des ergothérapeutes salariés l'argumentent pour plusieurs raisons, notamment qu'on ne peut rien faire seul et qu'il est fondamental de maintenir du lien entre pairs. C'est un travail en partenariat avec le réseau de proximité afin d'échanger des informations et des savoirs. Il est nécessaire de partager pour un meilleur service rendu aux personnes et pour se faire connaître en tant qu'ergothérapeute libéral. Le patient doit bénéficier d'une continuité des soins et de conseils, en évitant les

redites, donc l'intervention libérale qui en découle doit être cohérente par rapport à ce qui a précédé en établissement en assurant ainsi un retour à domicile adapté pour la personne âgée. C'est ainsi que des ergothérapeutes libéraux sont en lien avec des pairs salariés car ces derniers transmettent au patient les coordonnées de l'ergothérapeute libéral ou ils le contactent directement pour préparer conjointement la sortie. De plus, dans le cadre de son exercice libéral, l'ergothérapeute peut être amené à intervenir en institution (pour des bilans, des soins, la préparation du retour à domicile) et à rencontrer des pairs salariés. Il est alors nécessaire pour les ergothérapeutes libéraux d'avoir les éléments du dossier patient au préalable afin de préparer au mieux leurs évaluations et leurs interventions. Ensuite, ils effectuent un retour à l'institution de leurs actions et des préconisations envisagées. D'autres pairs salariés et libéraux sont en lien au sujet de stagiaires en ergothérapie qu'ils ont en commun. Par ailleurs, il existe des demandes de remplacements ponctuels réalisés par un ergothérapeute libéral pour un pair salarié.

Pour d'autres, ils ne sont pas en contact actuellement avec des ergothérapeutes salariés au sujet de patient mais ils se rencontrent annuellement pour les rencontres entre ergothérapeutes (au niveau régional).

i) Analyse de la pratique

Nous avons comme représentation qu'il est difficile d'évaluer sa pratique hors institution, sans cadre de santé, sans pairs ergothérapeutes, sans collègues paramédicaux, sans équipe médicale, etc. pour nous témoigner leur regard critique sur notre fonctionnement en tant qu'ergothérapeute. Nous pensions donc que la plupart des ergothérapeutes libéraux n'évaluaient pas leur pratique. Cela s'est vu être infirmé dans notre questionnaire où 18 ergothérapeutes interrogés (sur 25) témoignent évaluer leur pratique car ils jugent cela important et ce pour différentes raisons. Ils mettent en œuvre l'analyse de leur pratique par divers moyens que nous citerons ci-dessous. Ils sont notamment : échanger avec les collègues libéraux ou non sur les départements voisins ; accueillir des stagiaires ; travailler avec le nouveau référentiel métier ; se tenir au courant des actualités, du réseau, des nouvelles structures relais, des nouvelles avancées scientifiques et technologiques, des nouvelles méthodes et pratiques usitées, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques. Il s'agit en un mot de la veille scientifique. Il est également question d'aller en formation, de participer à des congrès, colloques, salons, où la profession est représentée, notamment concernant l'autonomie et le vieillissement. Cela permet de nouvelles acquisitions de compétences et de rencontrer des collègues ayant les mêmes questionnements que nous. Ils témoignent pareillement du besoin de réfléchir au quotidien à nos pratiques ; d'adhérer et/ou s'appuyer sur l'ANFE, les associations professionnelles, les instances internationales et les pratiques à l'étranger ; d'effectuer son Développement Professionnel Continu⁵⁸ ; de prendre en compte les retours effectués par les patients, leur évolution, les résultats de soins et d'améliorer en conséquence ses prestations ; de réaliser des enquêtes de satisfaction ; de réaliser des conventions avec des institutions ou des structures (comme DOMPLUS) permettant d'avoir

⁵⁸ (effectivement il est difficile d'avoir une réelle Evaluation des Pratiques Professionnelles – EPP – telles que celles réalisées dans les centres car il n'y a pas de groupe de travail en libéral)

accès à des réunions de travail en équipes pluridisciplinaires (médecin, soignants, paramédicaux...).

Pour les 7 ergothérapeutes restant et témoignant ne pas évaluer leur pratique, il s'agit essentiellement selon eux d'un manque de temps et d'un manque d'outil d'évaluation normé et de bilans étalonnés.

j) Développement et reconnaissance de l'exercice libéral

La quasi-unanimité des 25 ergothérapeutes interrogés témoignent que les moyens les plus efficaces pour faire connaître l'ergothérapie seraient effectivement (pour 21 ergothérapeutes sur 25) d'envisager des formations et informations auprès des financeurs (MDPH, mutuelles, Sécurité Sociale, comités d'entreprises, assurances privées, etc.) ainsi qu'auprès des médecins généralistes (20 sur 25). Ils proposent également d'autres moyens de développement et de reconnaissance notamment d'accroître notre visibilité médiatique, de communiquer, d'informer le grand public, de mettre davantage en avant nos travaux de recherche pour le monde scientifique et médical, de se créer un réseau, d'être de plus en plus nombreux à exercer en libéral, de trouver des financements (ex. : que certains actes fassent partie des prestations prises en charge soit par la Sécurité Sociale, soit par les mutuelles, car cela est encore trop sporadique voire inexistant), de former et informer (compétence 10 de l'ergothérapeute !) les autres professionnels de santé sur notre métier et nos complémentarités, de rencontrer les principales structures citées ci-dessus (ex. : MDPH, mutuelles, sécurité sociale, comités d'entreprises, assurances privées, etc.), de réaliser des outils de communication pour les médecins prescripteurs (plaquettes, site internet, etc.) plutôt que des formations et informations proprement dites comme citées ci-dessus car eux, comme nous, n'aurons peut être pas véritablement le temps pour des rencontres individuelles. D'autres souhaitent que les ergothérapeutes salariés fassent spontanément le lien eux mêmes avec le libéral. D'autres proposent aussi la création d'un ordre des ergothérapeutes (au même titre que les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmiers...) afin d'être plus visible. Nous nous sommes également questionnés personnellement à ce sujet, cependant nous n'avons pas réussi à avoir un avis clair et tranché. Nous avons entendu beaucoup d'avis contraires. Certains ergothérapeutes avec lesquels nous avons pu échanger, témoignent être satisfaits de l'ANFE, qu'ils ne ressentent pas le besoin d'un ordre. Ils jouissent de leur adhésion en ayant accès à des activités de formation continue avec des tarifs préférentiels et conçus pour répondre à leurs besoins particuliers. Ils reçoivent la documentation produite par l'ANFE sur l'exercice de la profession. Ils contribuent à l'évolution de la profession en participant aux travaux et aux comités de l'association. Ils se sentent libres d'adhérer ou non à l'ANFE contrairement à un ordre où l'adhésion y est obligatoire. Au contraire, d'autres ne se « suffisent » pas de cette association. Un ordre nous permettrait d'asseoir notre crédibilité aux yeux du public et notamment auprès des autres professions paramédicales. Cependant, en échangeant avec des pairs kinésithérapeutes, certains nous témoignent ne pas être satisfaits de leur ordre, étant uniquement une instance majoritairement orientée pour les personnes exerçant en libéral et s'intéressant peu aux professionnels exerçant en institution. Ils n'associent pas leur ordre à une instance de ressources et de soutien professionnel mais

davantage comme une instance judiciaire, d'inspection professionnelle, de contrôle par un système disciplinaire, présente uniquement en cas de préjudice.

Mme D., quant à elle, est convaincue du développement de l'exercice libéral de notre profession car les besoins sont là, dans tous les domaines, donc le développement est assuré. De plus, les lois évoluent régulièrement en termes de maintien à domicile, comme mentionné ci-dessus. Pour encourager ce développement, elle pense, comme les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, qu'il est nécessaire que les difficultés des personnes âgées ainsi que le besoin d'une prise en soins ergothérapique, soient reconnus en conséquence, et qu'il y ait des financements mis en place.

2. Personnes âgées et missions de l'exercice libéral

a) Proportions des différents types de population

Comme nous le supposons dans notre cadre théorique, les ergothérapeutes libéraux prennent majoritairement en soins les enfants. Sur les 25 ergothérapeutes interrogés, seulement 6 prennent en soins majoritairement (c'est-à-dire plus de 55% de leur patientèle) les personnes âgées. Pourquoi la gériatrie n'est-elle pas un domaine investi par les ergothérapeutes libéraux ? Comme nous l'a témoigné Mme D., car certains actes d'ergothérapie en pédiatrie sont pris en charge par certaines mutuelles et par la Sécurité Sociale, des subventions sont mises en place, contrairement aux actes d'ergothérapie (versant rééducatif) en gériatrie ...

b) Lieux d'intervention

Le lieu de vie, le domicile de la personne âgée (25 sur 25) et le cabinet (14 sur 25) sont les lieux d'intervention des ergothérapeutes libéraux. Cela illustre un des points forts des ergothérapeutes : l'adaptabilité et la mobilité. L'intervention à domicile est un avantage pour les personnes âgées à mobilité réduite qui ne peuvent se déplacer où ils veulent quand ils veulent. De plus, cela permet aux ergothérapeutes de réaliser des mises en situations écologiques, de cerner concrètement les habitudes de vie et les situations à risques avec la personne âgée concernée. Car finalement, et nous citons Jean-Philippe GUIHARD, ergothérapeute, « *Peut-on envisager une ergothérapie qui penserait un homme en dehors d'un environnement ? Bien évidemment que non [...] L'homme comme structure organique vit parce qu'il est dans un environnement et les facteurs héréditaires, génétiques, ne peuvent s'exprimer que dans un environnement. Alors que dire quand il s'agit de prendre en compte une personne en situation de handicap ? Isoler une structure organique pour apprécier ses dysfonctionnements est nécessaire, mais n'en rester qu'à ce niveau de décomposition est une démarche mécaniste, de laboratoire, et jamais suffisante quand il y a de mis en jeu la qualité de vie de la personne. Mais a contrario, n'en rester que dans une logique globalisante est tout aussi réducteur.* ».

Les ergothérapeutes salariées témoignent unanimement (8 sur 8) être amenées à effectuer des visites à domicile chez des personnes âgées dans le cadre de leur salariat. En revanche, nous n'avons pas posé la question de la fréquence, cela leur arrive-t-il souvent ? Nous avons comme représentations, que cela n'était pas possible dans toutes les structures, que toutes les ergothérapeutes n'avaient pas la possibilité de travailler ce versant réadaptation par la visite à

domicile. Cependant, elles indiquent ne pas pouvoir assurer le suivi du projet du patient sur le long terme. Ainsi, cela nous conforte dans la nécessité d'un éventuel relais par un ergothérapeute salarié... Il en est de même pour l'entrée de la personne en institution, l'ergothérapeute de l'EHPAD, par manque de moyens (temps, financiers, philosophie de l'établissement...) ne peut pas préparer cette entrée afin de connaître les habitudes de vie de la personne au plus près de son environnement afin d'accompagner au mieux ce transfert dans un nouvel univers. Un ergothérapeute libéral pourrait être une personne ressource dans ce type de situations.

c) **Choix de la gériatrie en libéral**

Bien que les ergothérapeutes interrogés n'aient pas choisi les personnes âgées comme population cible majoritaire, ils sont tout de même restés ouverts à la gériatrie par sensibilité aux problématiques du sujet âgé et par la conviction du rôle à jouer des ergothérapeutes dans le maintien à domicile comme alternative à l'institutionnalisation, mais aussi pour d'autres raisons. Ces dernières sont notamment : il y a de réels besoins dans ce domaine et les demandes sont croissantes en EHPAD pour des vacations libérales plutôt que pour un salariat. En effet, les établissements ne trouvent pas d'ergothérapeutes pour des petits temps (ex. : 0,2 ETP). A ce propos, lors de nos entretiens exploratoires, Mme A. nous le faisait également remarquer, les ergothérapeutes libéraux sont happés par des temps partiels en EHPAD.

Par ailleurs, le vieillissement de la population est un phénomène grandissant (actuellement la population des sujets âgés représente 20% environ de la population totale et dans quelques temps il s'agira d'un tiers, voire plus d'un tiers, de la population totale⁵⁹), petit à petit les populations accèdent à des subventions, des aides de l'APA, du programme « Bien chez Soi » (cf. Annexe IX : Le Diagnostic Bien Chez Moi, p. 11 et 12) et donc d'une prise en charge des actes d'ergothérapie. On constate dans le milieu rural un manque de réponses aux questionnements concernant l'aménagement du domicile, l'installation au fauteuil, le choix d'aides techniques adaptées et personnalisées selon la personne âgée, etc. qui requerraient les compétences d'un ergothérapeute. On déplore aussi de grandes difficultés pour les personnes âgées de transférer les acquis obtenus en institution à leur domicile, d'où le besoin prégnant d'une prise en soins écologique. En outre, pour l'ergothérapeute libéral, c'est un enrichissement professionnel important de travailler en gériatrie leur permettant de ne pas perdre certains acquis de pratique. De plus, il y a la possibilité de varier entre rééducation et réadaptation, d'effectuer des conseils et du soutien aux aidants familiaux, de maintenir et rechercher le confort, la qualité de vie et l'autonomie.

In fine, il existe une recherche de compétences sur tous les domaines pour avoir une pratique « généraliste » et qualifiée chez la plupart des ergothérapeutes interrogés.

⁵⁹ Élément souligné par Mme A. lors de notre entretien, issu d'un colloque/congrès sur l'innovation auquel elle a pu participer. Pour plus de renseignements, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F036, consulté le 04/05/2015.

d) Interventions, missions et moyens mis en œuvre dans le maintien à domicile

Selon les 25 ergothérapeutes libéraux interrogés, les interventions d'ergothérapie libérale sont réalisées principalement à la demande de la famille (21 sur 25 ergothérapeutes interrogés), de la personne âgée elle-même (13 sur 25), de ses aidants (12 sur 25). Ensuite les demandes viennent principalement des caisses de retraite/carsat (7 sur 25), des médecins traitant (5 sur 25), des mutuelles/caisses de retraite complémentaires depuis récemment dans le cadre du dispositif « Bien chez moi » (3 sur 25), des CLIC et des Conseils Généraux (2 sur 25), d'EHPAD et de professionnels d'établissement de soins recevant la personne âgée (2 sur 25), de bailleurs sociaux, d'associations, de réseaux gérontologiques, d'organismes de tutelle, d'équipes mobiles de gériatrie, d'équipes mobiles de soins palliatifs à domicile, de cabinets d'architecte... pour du conseil en accessibilité, du conseil de matériel et/ou pour des aménagements de domicile. Toute intervention est réalisée impérativement sous le couvert de la prescription médicale. Les interventions pour des séances de rééducation à domicile sont les demandes les plus rares mais elles peuvent exister en fonction des besoins (ex. : séance de rééducation de la motricité fine, séance de stimulation des capacités physiques et cognitives résiduelles...). En effet, Mme A. lors de nos entretiens exploratoires, nous témoignaient que les ergothérapeutes libéraux de son entourage ne font pas de gériatrie pure, mais davantage de rééducation chez l'adulte. Encore une fois, tout dépend de l'orientation souhaitée par l'ergothérapeute libéral. Mme D. a fait le choix de ne pas faire de rééducation mais « uniquement » de l'aménagement, des préconisations d'aides techniques, de matériel, d'installation et ce, auprès d'enfants, adultes et personnes âgées, ainsi que de la formation et de l'accompagnement auprès des aidants (ex. : cours donnés aux AVS en formation).

Leurs objectifs, leurs missions et leurs moyens mis en œuvre suivent la démarche ergothérapique pratiquée par l'ensemble des ergothérapeutes libéraux ou salariés.

Ils vont donc, dans un premier temps, effectuer leur recueil de données autour de la personne, son occupation et son environnement, évaluer la situation en identifiant les répercussions du vieillissement et/ou des maladies (ex. : démence, AVC, diabète...), les besoins, les demandes et les désirs exprimés par la personne âgée et son entourage. Chaque environnement sera évalué : physique/architectural, social, institutionnel et culturel. Ils réalisent pour cela des visites à domicile (une seule dans l'idéal !) avec des mises en situations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ).

N.B. : Certains ergothérapeutes interrogés témoignent utiliser la grille AGGIR, détaillée dans notre cadre théorique ci-dessus (cf. *III. A. 1.*) et dans l'Annexe VIII : Grille AGGIR, p.10. Elle leur permet d'évaluer le degré de dépendance de la personne âgée et de déterminer le niveau d'aide dont elle a besoin en fonction des six groupes iso-ressources.

Une fois la situation analysée, l'ergothérapeute proposera (ou non) des adaptations matérielles, humaines ou architecturales. Il cherchera à optimiser les capacités résiduelles et fonctionnelles de la personne par plusieurs moyens, notamment les mises en situations écologiques dans les actes de la vie quotidienne (soins d'hygiène, repas...). Il compensera les capacités déficitaires en préconisant et en conseillant des aides techniques, des moyens de compensation avec des essais de matériel (ex. : essai de fauteuil roulant électrique avec

revendeur) en situation dans les AVQ. Un temps d'adaptation pour les personnes âgées sera à prendre en compte car ce sont de nouveaux apprentissages pour elles (que ce soit pour les aides techniques ou les aménagements mis en place). L'ergothérapeute est donc amené à travailler en partenariat étroit avec les revendeurs, bien que le choix du fournisseur revienne à la personne âgée et non à l'ergothérapeute. Il cherchera également à optimiser les capacités résiduelles de la personne avec la préconisation et le conseil en aménagements (ex. : adaptations de la salle de bain avec la mise en place de siège de douche, tapis antidérapants, barres d'appui, rampes d'accès...). Ce travail se fera conjointement avec des artisans, des maîtres d'œuvres, des courtiers, le PACT (réseau associatif nationale au service des personnes et de leur habitat), l'ADIL (l'Agence Départementale d'Informations sur le Logement), etc. pour la réalisation concrète des travaux préconisés et le suivi des devis. Il peut être amené à proposer des séances d'éducation gestuelle et de manutention (prévention des troubles musculo-squelettiques, notions d'ergonomie...) à la personne âgée ainsi qu'à ses aidants. En effet, il se destine à assurer la sécurité de la personne et de ses déplacements (adaptation de l'aire de déambulation, retrait des tapis, dégagement des passages, conservation de points d'appuis stables, etc.) ; à prévenir les (re)chutes et les situations de risques domestiques, mais aussi le risque d'escarre et des troubles liés à un mauvais positionnement au lit ou au fauteuil ; à former les aidants familiaux et non familiaux (ex. : services de soins à domicile) et aussi à préconiser et choisir avec la personne âgée des aides aux déplacements et aux transferts les plus adaptées et personnalisées possible dans le but de maintenir au mieux les capacités de locomotion et d'équilibre de la personne âgée.

Il se voue également à faciliter l'accès aux activités significatives avec l'adaptation d'activités de loisirs (jeux, lecture...) ; à aider les personnes âgées à faire leurs demandes et démarches administratives et d'aides financières (elles se sentent souvent perdues face à tous les documents demandés) ; à créer un réseau de professionnels compétents autour de la personne et de l'orienter ainsi vers des dispositifs gérontologiques (cf. II. A. 4. ci-dessus), des services, des structures, des associations, dont elle aurait besoin et pourrait bénéficier (SSIAD, équipe mobile gériatrique, MAIA, associations d'aides à domicile, CLIC, etc.).

Chaque intervention fait l'objet de compte rendu ergothérapique écrit transmis à la personne âgée, à son médecin traitant et aux autres intervenants (ex. : infirmière à domicile) au besoin et toujours avec le consentement préalable de la personne.

A l'unanimité des 25 ergothérapeutes interrogés, toutes les demandes d'intervention auprès d'une personne âgée sont motivées par le souhait d'un maintien à domicile comme nous le supposons dans notre cadre théorique étant donné le vieillissement de la population et le coût qu'incombe une institutionnalisation...

In fine, la mission de l'ergothérapeute libéral est d'améliorer la qualité de vie de la personne âgée isolée ou non !

Ces éléments sont majoritairement confortés et renforcés par le point de vue des ergothérapeutes salariés ayant répondu à la question « Quel est le rôle d'un ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées ? ». En effet, elles soulèvent unanimement que l'ergothérapeute, par son évaluation fonctionnelle, connaît les potentiels de la personne et de son environnement qui influencent (ou non) le maintien à domicile. Il peut ainsi proposer des axes de travail, de mise en place d'aides et de compensations (architecturales, techniques

et humaines) afin d'adapter l'environnement de la personne à sa situation de handicap et de maintenir sa qualité de vie et son autonomie dans le respect de ses habitudes de vie. Pour résumer, il va notamment, comme mentionné ci-dessus, sécuriser le domicile en prévention des chutes et le rendre plus accessible (cette sensibilisation peut s'effectuer sous forme d'éducation thérapeutique⁶⁰) ; réaliser des mises en situations écologiques (toilette, habillage, courses, cuisine) ; entretenir les capacités inhérentes aux AVQ et aux déplacements ; stimuler les fonctions cognitives résiduelles ; identifier les facteurs de risque de ré-hospitalisation ; établir des liens et travailler en coordination avec les différents acteurs du maintien à domicile (famille, aidants, personnes ressources, infirmière, assistante sociale, kinésithérapeute...) ; prévenir l'épuisement des aidants...

Si le maintien à domicile n'est vraiment plus possible, l'ergothérapeute pourra alors être amené à orienter la personne âgée et sa famille vers des structures de jour ou des structures de répit (ex. : séjour en EHPAD, en ESA, en association comme par exemple la Plateforme Rivage⁶¹, etc.) afin de lutter contre l'isolement social et d'accompagner et préparer petit à petit l'entrée en institution.

e) Suivi et prise en soins des personnes âgées

Les ergothérapeutes interrogés témoignent pour 20 (sur 25) d'entre eux prendre en soins 1 à 3 personnes âgées par semaine. Nous nous attendions à plus. Nous ne pouvons répondre à la question que nous nous posons : s'il y a pas ou peu de demandes, cela ne viendrait-il pas du fait de la méconnaissance de la profession, de la non prise en charge financière des actes ou est ce que cela vient d'une absence de besoin de ce type de prestation ?

Pour 14 ergothérapeutes interrogés, ainsi que pour Mme D., ils interviennent de manière ponctuelle auprès des personnes âgées. Pour 8 autres, ils interviennent à la fois de manière ponctuelle et sur du long cours, en fonction des personnes et de leurs besoins exprimés. Nous nous attendions à ce résultat, c'est déjà ce qui avait été soulevé lors de nos entretiens exploratoires. Les missions se font rarement sur le long cours du fait du coût des séances non remboursées, ainsi les ergothérapeutes interviennent suite à une hospitalisation, suite à un traumatisme, mais pas de manière préventive. Cela se confirme par la question suivante « *A quel moment la demande d'intervention auprès d'une personne âgée vous est-elle confiée ?* » où 18 ergothérapeutes interrogés ont répondu en prévention tertiaire (ex. : réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie) alors qu'à la question suivante, les 25 ergothérapeutes sont convaincus et en capacité de définir leur rôle en prévention primaire... notamment en apportant aux personnes âgées des conseils, des

⁶⁰ Selon la définition de l'OMS, « *l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* », source : <http://www.ars.paca.sante.fr/Education-therapeutique.94227.0.html>, consulté le 11/05/2015.

⁶¹ Disponible sur internet : <http://www.apamad.fr/fr/aide-aux-aidants/>, consulté le 11/05/2015.

aménagements de domicile ; en formant et en sensibilisant la personne et ses aidants aux facteurs aggravant et aux facteurs de risques liés au vieillissement ; en réalisant de l'éducation thérapeutique, de l'éducation gestuelle ; en optimisant l'espace de vie ; en mettant en exergues les capacités de la personne et en les maintenant ; en analysant les activités de la vie quotidienne ; en détectant les risques aux abords du domicile ; en maintenant une activité physique régulière ; en mettant en place des aides humaines et/ou matérielles permettant de s'économiser et de limiter la multiplication des situations de handicap liées à l'âge... Cela est à corrélérer avec les réponses des ergothérapeutes salariés à la question « *Quels sont les motifs d'entrée d'une personne âgée dans votre institution ?* », ils sont essentiellement liés à l'altération de l'état général de la personne âgée ; un syndrome de glissement⁶² ; aux conséquences d'une ou plusieurs chutes entraînant une perte d'autonomie ; un logement inadapté, un besoin de réadaptation à domicile pour des personnes ayant subi un AVC ; un épuisement familial ; une altération cognitive sévère avec confusion, l'évolution de troubles cognitifs ayant pour conséquences un maintien à domicile difficile voire impossible de part des mises en danger à domicile ; aux maladies neurodégénératives (Parkinson, SEP⁶³...) ; aux polyopathologies (atteintes cardiaques, vasculaires, neurologiques...) et aux troubles d'ordre orthopédiques, traumatiques, rhumatologiques... ; aux affections aiguës...

In fine, la question qui persiste est... « Comment promouvoir la prévention primaire auprès de personnes qui n'en ressentent pas le besoin ni forcément le désir, qui n'ont peut être même pas idée des quelques astuces et conseils avisés qui pourraient leur simplifier la vie et leur éviter de grands maux... ? Comment leur faire entendre qu'ils ont l'expérience et la sagesse liée à leur âge, certes..., mais que nous... aussi jeunes que nous soyons... nous avons l'expertise... ? » C'est la question qui nous préoccupe...

Par ailleurs, à la question « Dans votre pratique salariale, que pourrait vous apporter un ergothérapeute libérale ? », la majorité (6 sur 8) des ergothérapeutes interrogées témoignent que leurs pairs libéraux pourraient assurer un suivi à domicile, notamment pour les demandes d'adaptation qui sont formulées quelques jours avant le départ de la personne âgée du centre hospitalier et que l'ergothérapeute salariée ne peut assurer pour plusieurs raisons (ex. : par manque de temps). De plus, un relais de rééducation et de réadaptation pourrait être utile pour intégrer les activités travaillées en milieu hospitalier au domicile, dans l'environnement personnel de la personne âgée. Le relais effectué par un pair libéral permettrait de limiter la durée d'hospitalisation et d'anticiper le risque de ré-hospitalisation. « *A noter que 30 à 60% des patients âgés perdent des capacités à réaliser les AVQ au décours d'une hospitalisation... mais aussi liées aux modalités de prise en soin (dépendance iatrogène).* », nous témoigne une ergothérapeute interrogée. Pour d'autres, elles formulent le besoin d'une prise en soins libérale en ergothérapie pour des personnes de l'accueil de jour en vue d'un maintien à domicile.

⁶² Définition : « *Le syndrome de glissement, [...] est un état de grande déstabilisation physique et psychique marqué par l'anorexie, la dénutrition, un comportement de repli et d'opposition. Il survient, après un intervalle libre, à distance d'une maladie en voie de guérison ou d'un événement perturbant. [...]* », source : <http://www.em-consulte.com/article/253286/article/le-syndrome-de-glissement-description-clinique-mod>, consulté le 11/05/2015.

⁶³ SEP : Sclérose en plaque.

Pour finir, aux questions « Y-a-t-il une errance dans la prise en soins d'une personne âgée entre son domicile et l'institution où elle est hospitalisée ? » et « Un ergothérapeute libéral serait-il bénéfique dans ce cadre afin de faire le relais, le lien ? », la majorité des ergothérapeutes salariées ont répondu « Oui » (6 sur 8). Cela confirme ce que nous pensions lors de notre phase conceptuelle ci-dessus...

VI. Discussion

A. Conclusion de l'enquête

Il ressort de nos entretiens et de nos questionnaires que la mise en situation ou l'évaluation ou le milieu écologique sont des points prégnants pour les ergothérapeutes libéraux et salariés. Ils ont cette volonté d'aller au plus près de leurs patients âgés, dans leur lieu de vie, afin de leur permettre de rester chez eux autant qu'ils le souhaitent et ce, dans de bonnes conditions, et/ou d'y retourner le plus rapidement possible (risque de désadaptation psychomotrice lorsqu'une personne âgée est hospitalisée) après avoir fait une expertise de leur lieu de vie. En effet, et cela est conforté par le point de vue de leurs pairs salariés, les ergothérapeutes libéraux ne ressentent pas cette proximité, ce sentiment « d'aller jusqu'au bout » de leurs moyens et de leurs capacités d'ergothérapeute, en institution. De plus, la diversité est également une richesse témoignée par les ergothérapeutes libéraux, diversité d'activités qu'ils ne retrouvent plus en institution. Le travail en institution induit forcément une spécialisation ciblée auprès d'une population, d'une pathologie, d'un secteur (rééducation, réadaptation...) etc. et induit donc de « laisser de côté » certaines de nos compétences pour lesquelles nous avons été formées et avons choisi d'exercer ce métier.

Par ailleurs, l'ensemble des personnes interrogées sont convaincues du rôle et des missions de l'ergothérapeute (libéral) dans le maintien à domicile des personnes âgées. Cependant, les réponses apportées sont encore essentiellement matérielles au détriment de la prévention, de l'éducation thérapeutique et de la rééducation par une absence de financement des ces actes ergothérapiques auprès des seniors...

B. Evaluation des hypothèses et nouvelles pistes de réflexions

Pour notre question de recherche qui était la suivante : « Comment les spécificités et les missions d'un ergothérapeute libéral participent-elles au maintien à domicile des personnes âgées ? », nous avons formulé des hypothèses de réponses que nous pouvons désormais valider ou non. Nous supposons qu'un ergothérapeute libéral permet « un relais personnalisé entre les institutions (quelles qu'elles soient) et la personne âgée », et qu'« il prévient l'hospitalisation ainsi que l'institutionnalisation ». Effectivement, cela est l'idéal vers lequel souhaite tendre l'ensemble des personnes interrogées dans notre enquête. Cependant dans les faits, ce n'est pas le cas, par manque de moyens, par méconnaissance de notre profession par les soignants, et par manque de liens entre les ergothérapeutes libéraux et salariés. D'une part, ce n'est pas dans leurs habitudes professionnelles et d'autre part, l'exercice libéral est peu développé, les ergothérapeutes salariés n'ont donc pas forcément de pairs libéraux dans leur secteur avec qui échanger. Il en est de même pour cette hypothèse : « faire connaître d'avantage l'exercice libéral de l'ergothérapie aux prescripteurs et aux financeurs favoriserait

un maintien à domicile adapté aux besoins et aux attentes des personnes âgées », c'est un idéal vers lequel tendre, mais par manque de temps, les ergothérapeutes libéraux témoignent ne pas réaliser activement cette promotion. Pour ce qui est de l'hypothèse : « il assure un suivi sur le long cours » elle n'est pas validée. A nouveau par manque de moyens et de temps, les ergothérapeutes libéraux interviennent principalement ponctuellement et non sur du long cours... Par ailleurs, les hypothèses : « il favorise une meilleure qualité de vie [...] il répond dans le milieu écologique [...] ne permettrait pas uniquement d'apporter des réponses matérielles, mais il permettrait également de soutenir les aidants, ainsi que de les former [...] » sont validées et confirmées par les personnes interrogées. Ce sont les spécificités et les missions principalement mises en avant lors de notre enquête. Enfin, l'hypothèse « en travaillant en pluridisciplinarité avec des pairs [...] permettrait de gagner en efficience, en clarté et en cohérence » est validée et confirmée par les personnes interrogées. En effet, la notion de travail en réseau est récurrente tout au long de notre enquête. ...Dorénavant, nous nous questionnons au sujet de demain, si nous devons développer concrètement notre profession en libéral auprès des personnes âgées, comment nous y prendrions nous ? Par où commencerions-nous ? Quelle serait notre démarche, notre « plan de match » ?...

C. Critique de la méthode

Les limites de cette recherche sont notamment que la taille des échantillons est différente entre les deux types de population (ergothérapeutes libéraux et non libéraux) pour des questions de temps imparti et de ressources. Les ergothérapeutes non libéraux proviennent uniquement de l'Est de la France contrairement aux ergothérapeutes libéraux couvrant l'ensemble du territoire. Il y a donc un biais. De plus les questions sont différentes. Nous ne pouvons donc pas faire aisément de recoupements, cependant ce n'était pas notre but premier. Par ailleurs, nous pensons qu'étant novice dans cette démarche de recherche, nous n'avons peut être pas été suffisamment directif dans nos entretiens, ou précis dans nos questionnaires électroniques. Ainsi, nous avons recueilli des informations, certes très intéressantes, mais quelque peu éloignées de notre sujet. En effet, nous avons expliqué ci-dessus dans notre méthodologie de recherche nos choix hasardeux pour les questionnaires. Nous avons choisi un outil quantitatif alors que nos questions sont qualitatives... . Ainsi nous nous sommes sentis limités par cet outil. Il nous a été difficile de formuler des questions sans contre-sens, claires et compréhensibles de la même manière pour chaque ergothérapeute libéral et salarié répondant à ces questionnaires électroniques. Les réponses que nous avons eues ont été riches et intéressantes mais nous reconnaissons qu'elles nous ont parfois étonnées, que nous ne mettions pas le même sens initial que nos interlocuteurs et que nous avons donc des difficultés à les exploiter dans notre analyse.

Lors de la passation des questionnaires, nous nous sommes appuyés sur une « liste des ergothérapeutes adhérents de l'ANFE exerçant en libéral intervenant auprès de **personnes âgées** » cependant elle était partiellement fausse car plusieurs ergothérapeutes nous ont répondu ne pas travailler avec des personnes âgées. Il nous est donc difficile, voir impossible, de quantifier au niveau national l'ensemble des ergothérapeutes libéraux travaillant auprès de cette population (bien que nous ayons fait des recherches sur ADELI...). L'ANFE effectue un répertoire de ses adhérents, mais tous les ergothérapeutes français n'adhèrent pas à l'ANFE.

En outre, nous nous sommes sentis limités dans le temps, pour des questions d'organisation personnelle. Nous aurions souhaité approfondir cet essai de travail de recherche. Nous avons eu le sentiment de découvrir la méthodologie d'un travail de recherche et de tout de suite l'appliquer, sans avoir eu le temps de prendre du recul, de « digérer » ce que nous recevions, découvrons, apprenions... Egalement par manque de temps, nous n'avons pas pu approfondir notre recherche en questionnant des personnes âgées et leurs proches bénéficiant d'un suivi à domicile par un ergothérapeute libéral. D'un tout autre aspect, nous avions pour projet de concrétiser une brochure, un petit guide pratique, pour les jeunes ergothérapeutes diplômés souhaitant s'installer en libéral et ciblant les Aînés comme population d'intervention. Nous l'avons laissé de côté... Par ailleurs, nous aurions aimé confronter nos représentations sur le maintien à domicile et la prise en soins des personnes âgées à celles des pays voisins et éloignés. Nous aurions souhaité explorer l'ergothérapie au-delà de nos frontières, ses modes d'intervention, ses missions, sa démarche, etc. Qu'en est-il au Canada, en Belgique, en Allemagne, en Suisse, au Brésil, etc. ? Enfin, une étude comparative des représentations des différents pays au sujet de l'ergothérapie libérale et de sa prise en soins en gériatrie aurait été utile. Cependant, vu le temps imparti, nous n'avons pas pu développer ces aspects. Cela constituera certainement une recherche future.

VII. Conclusion

Tout au long de notre travail, nous avons souhaité mettre en lumière la plus value d'un ergothérapeute libéral auprès de nos Aînés. Bien entendu, il serait également bénéfique auprès des autres âges de la vie, de l'enfant à l'adulte en passant par l'adolescent, en situation de handicap. Nous avons confiance en son développement et nous en sommes confortés au vue de l'augmentation des installations en libéral en constante évolution depuis une dizaine d'années (cf. Annexe I : Nombre d'ergothérapeutes libéraux inscrits au fichier ADELI, p.1).

Personnellement, j'aimerais plus tard exercer en libéral, cependant au sortir de ma formation, je désire acquérir de l'expérience en institution, si possible sous le regard bienveillant de mes pairs et seulement ensuite me lancer seule ou en collaboration (de préférence) dans l'exercice libéral de l'ergothérapie avec d'autres professions paramédicales (psychomotricien, kinésithérapeute, neuropsychologue...) afin de pouvoir répondre à des prises en soins différentes, au plus près des personnes, dans leur environnement, dans leurs lieux de vie. Je souhaiterais ajouter une petite pierre à l'édifice de la prise en soins des personnes en situation de handicap, et notamment les personnes âgées, en menant des actions avant et après l'hospitalisation afin de tenter de réduire le « no man's land » existant sur certains territoires...

« L'ergothérapie est une profession dynamique et créative. Elle se doit d'innover. »⁶⁴

⁶⁴ TETREAULT S, *Comme les doigts de la main : cinq avenues accessibles à l'ergothérapeute pour amorcer une recherche*, p. 55 (Extrait du livre : IZARD MH, *Expériences en ergothérapie*, Montpellier, Sauramps Médical, 2012, 268p.)

VIII. Bibliographie

A. Livres

BERTHIER N, **Les techniques d'enquête, Méthode et exercices corrigés**, Paris, Armand Colin, 2000, 256 p.

CAIRE JM (coordination), **Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités**, Marseille, SOLAL Editeur, 2008, 360 p.

CAMPENHOUDT LV, QUIVY R, **Manuel de recherche en sciences sociales**, Paris, Dunod, 2011, 262 p.

IZARD MH, **Expériences en ergothérapie**, Montpellier, Sauramps Médical, 2012, 268 p.

Sont extraits de ce livre :

- CARLIER G, BOSSAERT L, CASTELEIN P, **Impact sur la prise en charge ergothérapeutique sur la participation sociale des patients gériatriques**, p. 32, 38, 39 ;
- CASTELEIN P, **La participation sociale : un enjeu pluridisciplinaire**, p.15 ;
- TETREAULT S, **Comme les doigts de la main : cinq avenues accessibles à l'ergothérapeute pour amorcer une recherche**, p. 55.

KOCH L, RIZET-PONCHON B, **Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation**, Marseille, SOLAL Editeur, 2012, 137p., p. 5, 26,

KRAFT N, **Vivre son âge au quotidien**, Marseille, SOLAL Editeur, 2009, 64p.

LACOMBLEZ L, MAHIEUX-LAURENT F, **Les démences du sujet âgé**, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, 118p.

MEYER S, **Le processus de l'ergothérapie**, Lausanne, Editions EESP, 1990, 95p.

MOREL-BRACQ MC, **Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux**, Marseille, SOLAL Editeur, 2009, 176p.

SOSIEWICZ-LAIREZ N, **Concevoir des jeux de stimulation cognitive, Personnes désorientées et Alzheimer**, 2^{ème} édition, Lyon, Chronique Sociale, 2014, 94p.

TROUVE E (coordination), **Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques**, Marseille, SOLAL Editeur, 2009, 386p.

TROUVE E, **Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer**, Marseille, SOLAL Editeur, 2011, 64p.

B. Articles

Dossier « **Comment bien vieillir à Dijon ?** », *Dijon l'Hebdo*, n°36, semaines du 28 janvier au 10 février, p. 8, 9, 10.

Sont extrait de ce journal les articles :

- CAMUS A, 60 ans et plus, Ils sont 33 000 à Dijon, p. 8 ;
- LARDELLIER P, Vieillir, ah vieillir..., p. 9 ;
- P.P, La Silver Economie au service des seniors, p. 9 ;
- SOLAINJEU P, Rémi Delatte : « Bien vieillir, c'est d'abord rester chez soi », p. 10.

Être aidé pour mieux accompagner, *APICIL génération, Le journal du Retraité, Santé, Prévoyance, Epargne, Retraites*, n°17, février 2008, p. 3 à p. 5.

Médecine préventive, La prévention avant tout, *MACSFinfo*, n°27, octobre 2014, p. 8 à 11.
Réunica mise sur l'ergothérapie, *Réunica info, Le magazine des retraités*, n°8, 1^{er} semestre 2008, p. 5.

RICHARD C, COLVEZ A, BLANCHARD N, **Etat des lieux de l'ergothérapie et du métier d'ergothérapeute en France. Analyse des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes et réflexions pour l'avenir du métier**, *Ergothérapies*, n°48, décembre 2012, p. 37 à p. 46.

C. Documents non publiés

BEDEL S, **Projet de fin de vie en Unité de Soins Palliatifs : quel accompagnement par l'ergothérapeute ?**, Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, IFPEK Rennes, Mai 2013, disponible sur internet : http://www.ifpek.org/pmb/opac_css/index.php?lvl=author_see&id=100474, consulté le 08/04/2015.

BOURDEAU C, « **Les oubliés de l'Alzheimer** » : état des lieux et réflexion autour de la prise en charge en ergothérapie, Mémoire d'initiation à la recherche, IFPEK Rennes, Mai 2013, disponible sur internet : http://www.ifpek.org/pmb/opac_css/index.php?lvl=author_see&id=100709, consulté le 18/03/2015.

CORNEC B, **Les personnes en situation de handicap et l'ergothérapie libérale en Bretagne**, Mémoire d'initiation à la recherche, IFPEK Rennes, Mai 2013, disponible sur internet : http://www.ifpek.org/pmb/opac_css/index.php?lvl=author_see&id=100709, consulté le 09/01/2015.

D. Textes législatifs et réglementaires

Alzheimer, Plan 2008 > 2012, www.plan-alzheimer.gouv.fr :

- <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-franche-comte-.html>, consulté le 24/02/2015.
- <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>, consulté le 02/05/2015.

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, **Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019**, disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf, consulté le 08/12/2014.

Ministère de la Santé et des Solidarités, Centre Local d'Information et de coordination (CLIC), **Un CLIC, c'est quoi ?**, disponible sur internet sur : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>, consulté le 02/05/2015.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, **Répertoire ADELI**, disponible sur internet sur : www.sante.gouv.fr/repertoire-adeli.html, consulté le 15/02/2015.

Rapport Flajolet, Annexe 1, **La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales**, disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf, consulté le 10/09/2014.

E. Autres sources de documentation

1. Documentation électronique

a) Documents issus d'un site internet

BALLANT C, MEEUS P, **Pour une vie autonome à domicile** (2004), disponible sur internet : <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article161>, consulté le 04/08/2014.

BIENVAULT P, **Le « baluchonnage », une aide pour les proches de malades d'Alzheimer**, La Croix, disponible sur internet : <http://m.la-croix.com/Archives/2014-09-19/Le-baluchonnage-une-aide-pour-les-proches-de-malades-d-Alzheimer.-Le-baluchonnage-une-aide-pour-les-proches-de-malades-d-Alzheimer-2014-09-19-1209077>, consulté le 24/09/2014.

Bilan Modulaire d'ergothérapie (BME), disponible sur internet : <http://hadj.kalfat.free.fr/BME1.htm>, consulté le 07/05/2015.

CHIESA N, JONIN S, KALFAT H, LAPREVOTTE J, MONOT C, NOUVEL F, POULAT M, RABY GUENSER C, ROMEU S, TROUVE E, WITTERS E, **Plan Alzheimer 2008 – 2012, Proposition d'actes d'ergothérapie à domicile pour une prise en charge des personnes âgées et de la dépendance**, ANFE, disponible sur internet : http://www.afeg.asso.fr/doc/proposition_d_actes_d_ergotherapie.doc, consulté le 24/09/2014.

COFEMER, Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, www.cofemer.fr :

➤ www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.9.1.MIF.pdf, consulté le 07/05/2015.

DONNADIEU G, DURAND, D, NEEL D, NUNEZ E, SAINT-PAUL L, **L'approche systémique : de quoi s'agit-il ?** Synthèse des travaux du Groupe AFSCET « Diffusion de la pensée systémique », disponible sur internet : www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf, consulté le 05/05/2015.

Institut de formation en ergothérapie Lorraine et Champagne-Ardenne, www.ergo-nancy.com :

- www.ergo-nancy.com/pages/actu/ergotherapeutes-actualites-2011.pdf, consulté le 29/10/2014.

ROCHUT J, **Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux**, Etudes & Résultats, DREES, n° 895, octobre 2014, disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/metiers-de-la-reeducation-des-professionnels-toujours-plus,11362.html>, consulté le 29/10/2014.

SICART D, **Les professions de santé au 1er janvier 2014**, Document de travail, Série statistiques, n°189, juin 2014, disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2014,11314.html>, consulté le 29/10/2014.

b) Sites internet

AFEG, Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie, afeg.asso.fr :

- <http://www.afeg.asso.fr/document.htm>, consulté le 23/10/2014.

APAMAD, Association Pour l'Accompagnement et le Maintien A Domicile, www.apamad.fr :

- <http://www.apamad.fr/fr/aide-aux-aidants/>, consulté le 11/05/2015.

ANFE, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, www.anfe.fr :

- <http://www.anfe.fr/annuaire>, consulté le 02/03/2015.
- <http://www.anfe.fr/demographie>, consulté le 25/04/2015.
- <http://www.anfe.fr/developpement-professionnel/exercice-liberal>, consulté le 23/10/2014.

Conseil Général du Territoire de Belfort, www.territoiredebelfort.fr :

- <http://www.cg90.fr/vivre-domicile/allocation-personnalisee-dautonomie-apa>, consulté le 05/03/2015.

Echelle DOLOPLUS, www.doloplus.com :

- <http://www.doloplus.com/description/description1.php>, consulté le 07/05/2015.

EM Consulte, www.em-consulte.com :

- <http://www.em-consulte.com/article/253286/article/le-syndrome-de-glissement-description-clinique-mod>, consulté le 11/05/2015.

France Alzheimer & Maladie Apparentées, www.francealzheimer.org :

- <http://www.francealzheimer.org/maia-dispositif-encore-m%C3%A9connu-familles/710>, consulté le 02/05/2015.

INED, Institut National d'Etudes Démographiques, www.ined.fr :

- <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>, consulté le 17/02/2015.

INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, www.insee.fr :

- <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/soins-ambulatoires.htm>, consulté le 15/02/2015.
- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18899, consulté le 07/05/2015.
- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F036, consulté le 04/05/2015.

L'Officiel des Aînés, www.officiel-aines.fr :

- <http://www.officiel-aines.fr/index.php?id=act14>, consulté le 07/05/2015.
- <http://www.officiel-aines.fr/index.php?id=acteurs>, consulté le 07/05/2015.

Le Figaro Santé, sante.lefigaro.fr :

- <http://sante.lefigaro.fr/social/insertion/laide-sociale/quest-ce-que-cest>, consulté le 07/05/2015.

Le maintien à domicile, le blog des informations et des conseils pratiques pour faire face à la dépendance, www.maintienadomicile-conseils.com :

- <http://www.maintienadomicile-conseils.com/cadre-de-vie/interview-de-laurianne-jesson-ergotherapeute>, consulté le 17/02/2015.
- <http://www.maintienadomicile-conseils.com/vos-droits/aides-financieres/les-differentes-aides-financieres>, consulté le 07/05/2015.
- <http://www.maintienadomicile-conseils.com/vos-droits/aides-financieres/aide-retour-domicile-hospitalisation>, consulté le 07/05/2015.

Le Point.fr, www.lepoint.fr :

- http://www.lepoint.fr/monde/pape-francois-la-personne-agee-n-est-pas-un-martien-04-03-2015-1909925_24.php, consulté le 07/03/2015.

OEG, Ordre des ergothérapeutes du Québec, www.oeq.org :

- <http://www.oeq.org/profession/pourquoi-etre-membre.fr.html>, consulté le 03/05/2015.

RAG, Réseau Alsace Gérontologie, www.alsacegeronto.com :

- <http://www.alsacegeronto.com/presentation-generale.html>, consulté le 04/05/2015.

Retraite complémentaire AGIRC et ARRCO, www.agircarrco-actionsociale.fr :

- <http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/>, consulté le 05/03/2015.
- <http://www.agircarrco-actionsociale.fr/glossaire/#c21>, consulté le 05/03/2015.

Réunica, AG2R La Mondiale, www.reunica.com :

- <http://www.reunica.com/home/dependance/trouver-solution-hebergement/adapter-votre-logement.html>, consulté le 15/02/2015.

Service-Public.fr, Le site officiel de l'administration française, www.service-public.fr :

- <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>, consulté le 02/05/2015.
- <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N392.xhtml>, consulté le 02/05/2015.

Soins-Infirmiers.com, www.soins-infirmiers.com :

- <http://www.soins-infirmiers.com/douleur.php>, consulté le 07/05/2015.

SYNFEL ERGO, Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux, www.synfel-ergolib.fr :

- <http://www.synfel-ergolib.fr/l-exercice-liberal>, consulté le 27/08/2014.
- <http://www.synfel-ergolib.fr/l-exercice-liberal/historique>, consulté le 23/10/2014.

UNAPL, Union Nationale des Professions Libérales, www.unapl.fr :

- <http://www.unapl.fr/index.php/panorama.html>, consulté le 11/09/2014.

FREGIF, Fédération des Réseaux de santé Gériologiques d'Ile de France, www.fregif.org :

- www.fregif.org/docs/gerontologie/grille-smaf-812.pdf, consulté le 07/05/2015.

2. Cours

Institut Interrégional de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Mme BOUCHET C, **Dispositifs gériologiques**, UE 2.5 Dysfonctionnements cognitif et psychique, Compétence 3, cours magistral du 13/12/2013.

Institut Interrégional de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Mmes DUBOIS S, LIVIN K, **MAIA**, UE 1.2 Environnement institutionnel et partenariat de l'ergothérapeute, Compétence 9, cours magistral du 20/01/2014.

Institut Interrégional de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Mme MOREL-BRACQ MC, **Changement de paradigme en ergothérapie et évolution des modèles**, UE 3.3 Modèles conceptuels, Compétence 2, cours magistral du 25/03/2013.

Institut Interrégional de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Mme TETREAULT S, **Initiation à la démarche de recherche en ergothérapie : quelques notions de base**, UE 5.4 Initiation de la démarche de recherche, Compétence 8, cours magistral du 05-06/02/2015.

Institut Interrégional de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Mme MATTER C, **Généralités de prise en charge en gériatrie**, UE 4.4 Techniques de rééducation et de réadaptation, Compétence 3, cours magistral du 12/03/2014.

3. Conférences et formations

Journée de formation interprofessionnelle organisée par la Fondation Arc-en-ciel, le jeudi 13 novembre 2014 à Beaucourt sur le thème « Faut-il se mettre à la place de l'autre pour bien l'accompagner ? ».

Introduction au thème :

« *A votre place, Madame, Monsieur, je... !* »

Clairement, cette expression est ambiguë. Elle manifeste notre désir de bien comprendre la personne que nous accompagnons, de bien saisir ce qu'elle vit pour adapter nos propos ou nos actes. Simultanément, elle peut signifier une prise de pouvoir sur autrui, sachant à sa place – au besoin mieux que lui – ce qui lui convient.

Compréhension des désirs de l'autre ou prise de pouvoir sur autrui ?

Ainsi, « se mettre à la place de l'autre » peut aider à appréhender la souffrance, le handicap, l'état d'esprit de la personne prise en charge et, alors, mieux l'accompagner. Inversement cette démarche peut nous faire courir le risque d'infantiliser et de nier le libre choix ou l'autonomie de celui ou celle que l'on accompagne.

Apprendre à « se mettre à la place de l'autre » en vue d'un accompagnement bien traitant, tel est l'enjeu de cette journée de formation qui permet de analyser et de prendre conscience des atouts et des risques de cette démarche auprès des personnes qui nous sont confiées.

Programme :

8h45 : Accueil.

9h15 : « **Se mettre à la place de l'autre : quelle aide, quels risques et quels enjeux pour en faire un atout dans l'accompagnement ?** » *Jean-Yves CAUSER*, sociologue, maître de conférences à l'université de Haute-Alsace et chercheur à l'université de Franche-Comté au laboratoire C3S (Culture, Sport, Santé, Société).

10h30 : Ateliers d'analyse de situations vécues par les professionnels, avec la participation des professionnels de la Fondation Arc-en-Ciel.

12h : Déjeuner.

13h30 : Reprise des ateliers d'analyse de situations vécues par les professionnels.

15h30 : Table ronde « **Du pouvoir de l'empathie au risque de la compassion ?** »

Animation : *Jean-Yves CAUSER*

Intervenants :

- *Dr Patrick LEDEE*, médecin chef de l'unité de soins palliatifs au Centre hospitalier Belfort-Montbéliard ;
- *Denise VOGELISEN*, ethnologue et ethno-gérontologue à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg ;
- *Annick VANDERLINDEN*, aumônier au CHRU de Strasbourg, docteur en théologie.

17h : Fin.

Public cible : salariés et bénévoles de la Fondation Arc-en-ciel, salariés et bénévoles d'autres établissements de soins (CHBM, CHU, EHPAD, CRF, SSR, IME, MAS, IFSI, ...).

Tarif : 80 €



Montbéliard, le 21 novembre 2014

Direction Générale

44A rue du Bois Bourgeois
25200 Montbéliard
Tél. 03 81 31 23 30
Fax 03 81 95 45 38
siege@fondation-arcenciel.fr
www.fondation-arcenciel.fr



Attestation de présence

N° d'agrément formation : 432 50 11 30 25

La Fondation Arc en Ciel, représentée par son Directeur Général,
Monsieur Samuel Guinard, atteste que :

Mlle	Pauline	BRESSON
M.	Jean-Pierre	BRESSON

Etaient présent(e)s à la formation suivante :

« Faut-il se mettre à la place de l'autre pour bien l'accompagner ? »

Le jeudi 13 novembre 2014
à Beaucourt.

Soit : 7 heures

FAIT POUR VALOIR CE QUE DE DROIT

Samuel Guinard

Fondation gestionnaire d'établissements de soins, d'accueil et de service à la personne en Franche-Comté
Reconnue d'utilité publique, habilitée à recevoir dons et legs, membre de la FEHAP et de la FEP

Formation DPC (Développement Personnel Continu) Douleur le jeudi 11 novembre 2014 après-midi : « **Prévenir, évaluer, prendre en charge la douleur chez la personne âgée** » animée par Dr. WIDMER, Dr. MUNSCH, Dr. AKESBI au sein de l'EHPAD La Maison Blanche à Beaucourt.

Conférence-débat organisée par l'ASAME (Association de Soins et d'Aides de Mulhouse et Environs, service de soins infirmiers à domicile, à l'occasion de son 40^{ème} anniversaire), le vendredi 5 décembre 2014 à 20h, en partenariat avec le Cinéma Bel-Air de Mulhouse.

Film visionné : **La petite chambre** avec Michel BOUQUET.

Thème : le maintien à domicile et ses différents acteurs.

Public cible : toutes les personnes qui méconnaissent le réseau du maintien à domicile et se questionnent sur le rôle des professionnels concernés.

Tarif : 3 €

IX. Abstract

L'exercice libéral de l'ergothérapie est un phénomène récent datant d'une vingtaine d'années. Il est encore peu connu et peu développé en France contrairement à d'autres professions paramédicales. Par ce travail, nous avons souhaité comprendre pourquoi.

Par ailleurs, nous nous sommes interrogées sur le relais entre les institutions (centres hospitaliers, centres de rééducation....) et la personne âgée. Comment prévenir leur hospitalisation et leur entrée en maison de retraite ? Comment assurer un suivi personnalisé et adapté lors de leur retour à domicile ? De plus, le vieillissement de la population est un phénomène inéluctable et un réel enjeu de notre société. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement a été adopté au Sénat le 19 mars 2015.

Cette actualité nous interpelle : comment les spécificités et les missions d'un ergothérapeute en libéral participent-elles au maintien à domicile des personnes âgées ? Pour répondre à ces questions, nous avons interrogé des médecins, des ergothérapeutes de centres hospitaliers, de centres de rééducation, de maisons de retraite et des ergothérapeutes libéraux.

En effet, un ergothérapeute libéral spécialisé dans le maintien à domicile de la personne âgée ne permettrait pas uniquement d'apporter des réponses matérielles, mais il permettrait également de soutenir les aidants, de les former, et d'être au plus près de la personne âgée et de ses besoins dans son environnement pour prévenir son hospitalisation et l'altération de son état général.

Mots clés : exercice libéral de l'ergothérapie – personnes âgées – maintien à domicile – vieillissement de la population

The freelance exercise of occupational therapy is a recent phenomenon that originated about twenty years ago. It is still poorly understood and underdeveloped in France, contrary to other paramedical professions. This study determines to understand why.

Moreover, we wondered about the link between institutions (hospitals, rehabilitation centres....) and the elderly. How can we prevent hospitalizations and nursing home admissions? How can we ensure an individualized and adapted environment when they return home? Furthermore, the aging population is an inevitable phenomenon and a real issue in our society. On March 19, 2015, the French Senate adopted the bill on the adaptation of society to the aging.

This news challenges us: how could the purpose and specificity of a freelance occupational therapist participate in home care for the elderly? To answer this question, we questioned doctors, occupational therapists employed by hospitals, rehabilitation centres and elderly homes as well as freelance occupational therapists.

The results show that freelance occupational therapists specializing in home support for the elderly provide practical solutions, as well as support and training for caregivers while maintaining an important proximity to the elderly and their needs within in their environment so as to prevent hospitalization and impaired general condition.

Keywords : freelance exercise of occupational therapy – elderly person – home support – aging population