Institut de Formation en Ergothérapie

Association pour le développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie (ADERE)

52 rue Vitruve – 75020 Paris

Le retour à domicile du patient victime d'un Accident Vasculaire Cérébral : une intervention qui s'organise.

Spécificités de l'aménagement du lieu de vie

RAFFOURT Louise

Mémoire encadré par Emmanuel DUPUIS

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Session Juin 2016

Note aux lecteurs :

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné.

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier mon maître de mémoire, Emmanuel Dupuis pour sa disponibilité, ses encouragements et ses conseils.

Je souhaite également remercier les ergothérapeutes qui se sont rendues disponibles pour que je puisse réaliser mon enquête.

Merci à mes amis et particulièrement à Eve-Lise et Véronique pour la pertinence de leurs remarques, leur soutien et leur écoute.

Sommaire

Introduction : 1

CADRE THEORIQUE 3

1 Le contexte d'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes victimes d'un AVC .. 3

1.1 Généralités sur l'Accident Vasculaire Cérébral 3

1.2 L'environnement institutionnel du SSR 8

2 L'aménagement de l'environnement : du domicile au "chez-soi" 11

2.1 La notion d'aménagement 11

2.2 Etat des lieux sur la notion de domicile 13

2.3 Appropriation de son domicile suite à un aménagement du domicile 15

2.4 L'environnement vecteur de participation sociale 16

3 Participation de l'ergothérapeute au projet de vie : quelle organisation face à l'aménagement du lieu de vie? 18

3.1 Activité de « réalisation et de suivi de projet d'aménagement de l'environnement » ... 18

3.2 La participation de l'ergothérapeute à la réalisation du projet de vie : entre activités directes et indirectes 19

3.3 La visite à domicile comme moyen central 21

3.4 L'organisation de l'ergothérapeute à travers cette mission 24

Hypothèse de recherche : 27

CADRE DE RECHERCHE 28

1 Méthodologie d'enquête 28

1.1 Choix de la population 28

1.2 Choix de l'outil d'investigation 29

1.3 Elaboration du guide d'entretien 30

2 Présentation des résultats 30

2.1 A propos du retour à domicile de la personne victime d'AVC 31

2.2 L'aménagement du domicile 33

2.3 La visite à domicile 33

2.4 L'organisation de l'ergothérapeute 36

2.5 La perception par les ergothérapeutes des activités indirectes 39

3 Discussion 40

3.1 Rappel des objectifs de recherche et de l'hypothèse émise 40

3.2 Synthèse des résultats 41

3.3 Vérification de l'hypothèse 44

3.4 Limites de la méthode 44

Conclusion : **46**

Bibliographie : **47**

ANNEXES ..... **I**

Introduction :

Les politiques de Santé actuelles favorisent le retour à domicile (RAD) précoce des patients notamment à travers la mise en place d'équipes mobiles ou d'hospitalisation à domicile (HAD). Ainsi, la durée d'hospitalisation en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) tend à diminuer (Ministère de la Santé et des sports, 2008). Toutefois, le retour à domicile du patient demande à être pensé le plus tôt possible pour prévoir l'ensemble des dispositifs dans le but de mettre en place le projet de vie de la personne.

Par ailleurs, au cours de son hospitalisation, la personne peut bénéficier de permissions thérapeutiques qui lui permettront de se mettre en situation dans son environnement réel. Pour que celles-ci soient possibles, il est nécessaire que son logement lui soit accessible et qu'il puisse y réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne sans se mettre en danger. Cette visée réadaptative justifie d'autant plus une intervention précoce de l'ergothérapeute au domicile.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs mis en évidence en 2006 les critères permettant le retour à domicile de la personne hospitalisée. L'aménagement du domicile s'avère être un des éléments essentiels pour permettre la sortie du patient. L'ergothérapeute est le spécialiste de l'aménagement du domicile (Blond, 2015). Ainsi, en garantissant l'accessibilité du logement et en favorisant l'indépendance du patient dans celui-ci, il devient un professionnel clé dans l'accompagnement du patient vers la sortie du centre de rééducation. Mais, qu'est-ce qui régit l'intervention de l'ergothérapeute lors de cette préparation de retour à domicile ? Comment se répartit son activité lors de l'aménagement du domicile d'un patient ? A travers mes stages en service de soins de suite et de réadaptation (SSR), j'ai pu observer qu'aménager le domicile était complexe car cela demande à l'ergothérapeute de réaliser des actes sans le patient comme, par exemple, la rédaction de compte-rendu tout en accomplissant d'autres actes en sa présence comme la visite à domicile (VAD) ou des mises en situation de vie quotidienne. Cela m'a donc amenée à orienter mes recherches vers la pratique de l'ergothérapeute exerçant en SSR en me questionnant sur les stratégies qu'il met en place pour répondre à ce besoin de rendre le domicile accessible à la personne dans un contexte d'évolution du milieu institutionnel. Trouvé et *al*. (2015) soutiennent, à ce titre, que l'ergothérapeute doit continuer à user de

stratégies et à "s'impliquer dans l'institution" et à travers des "réseaux extérieurs pour garantir, promouvoir et développer [son] activité".

Selon une étude du Ministère de la santé et des sports de 2009, 73% des personnes victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et étant hospitalisées en SSR retournent au domicile. Néanmoins, ceux-ci peuvent conserver des séquelles invalidantes (INSERM[1], 2013) pouvant nécessiter l'aménagement de leur domicile. Cet apport statistique appuie mes observations en tant qu'étudiante ergothérapeute. En effet, la majorité des aménagements de domicile auxquels j'ai participé étaient pour permettre à la personne victime d'un AVC de retourner chez lui dans des conditions de sécurité et en lien avec ses attentes et besoins.

Ces recherches m'ont permis d'établir ma question de recherche :

Comment l'ergothérapeute organise-t-il son intervention en SSR auprès du patient victime d'un AVC lors d'un retour à domicile nécessitant un aménagement du domicile ?

Pour répondre à cette question, nous traiterons, dans un premier temps, des spécificités de l'accompagnement en SSR d'une personne victime d'un AVC. Nous nous intéresserons ensuite à la notion d'aménagement et à celle du domicile en étudiant quelles en sont les valeurs. Puis, nous évoquerons les particularités de la visite à domicile et notamment des activités qui y sont liées pour ensuite définir les modalités d'organisation de l'ergothérapeute dans le contexte du SSR et à travers les activités inhérentes à la visite à domicile.

[1] INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

CADRE THEORIQUE

1 Le contexte d'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes victimes d'un AVC

1.1 Généralités sur l'Accident Vasculaire Cérébral

1.1.1 *Qu'est-ce qu'un AVC et qui sont les personnes touchées*

Il existe deux sortes d'AVC :
Les AVC ischémiques provoqués par un infarctus cérébral sont les plus fréquents. Ils sont entraînés par « l'occlusion d'une artère cérébrale par un thrombus » (INSERM, 2013). Ce caillot sanguin peut survenir principalement à la suite d'une athérosclérose, d'une artériosclérose ou de maladies cardiaques.

Les AVC hémorragiques provoqués par la « rupture d'une artère cérébrale ». Ce mécanisme surgit généralement sur des artères de petits diamètres. L'atteinte peut être due à l'apparition de plaques d'athérome dans une artère ou peut résulter d'une « malformation vasculaire cérébrale préexistante » (INSERM, 2013).

Les AVC touchent aussi bien les femmes que les hommes. D'après une étude menée par la De Peretti *et al* en 2009, 15% des personnes victimes d'AVC et hospitalisées en SSR ont moins de 60 ans, 23,5% ont entre 60 et 74 ans quand 61,4% sont âgées d'au moins 75 ans. La population est donc principalement âgée. Toutefois, dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, aucune population d'âge n'est ciblée.

Quelque soit l'âge de la personne touchée et le processus de survenue de l'AVC, celui-ci aura un retentissement sur toutes les sphères de la personne : ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement.

1.1.2 *Les séquelles post-AVC et leur impact sur la vie quotidienne*

La survenue d'un AVC peut donner lieu à diverses séquelles. Leur degré de gravité va être variable en fonction, d'une part, de l'importance de la lésion cérébrale et de sa localisation

et, d'autre part, de la rapidité de la prise en charge qui suit l'apparition des premiers symptômes.

Les séquelles peuvent être motrices avec une hémiplégie ou une hémiparésie au niveau de l'hémicorps controlatéral à la lésion pouvant s'accompagner de spasticité (De Morand, 2014), de troubles de la sensibilité et de troubles cutanés-trophiques.
D'autres troubles sont souvent associés à cette atteinte motrice. Certains dépendent de la localisation de la lésion.
Lorsque l'hémisphère droit est touché, cela provoquera chez certaines personnes, des troubles neuropsychologiques dont les principaux sont l'agnosie spatiale unilatérale (ASU), l'anosognosie ou encore les troubles du schéma corporel.
Quand l'hémisphère gauche est atteint, une aphasie peut survenir engendrant des difficultés à communiquer avec autrui. A cela, peut notamment s'ajouter une apraxie gestuelle.
De façon générale, quelque soit l'hémisphère lésé, des troubles cognitifs peuvent être présents : principalement mnésiques et attentionnels. Une désorientation temporo-spatiale peut également se manifester.

Enfin, la survenue d'un tel handicap dans la vie quotidienne de la personne est à l'origine de douleurs et de fatigabilité et engendre parfois un syndrome dépressif. (Agence de la Santé Publique du Canada, 2010) Cette dépression peut, en partie, s'expliquer par l'aspect imprévisible de l'AVC qui va constituer un "traumatisme psychique" (Morin, 2009) pour la personne et sa famille car à travers l'accident quelque chose de l'ordre de la "perte" va se jouer. En plus de gérer la perte de certaines de ses fonctions, la personne pourra également avoir un sentiment de vulnérabilité.

L'ensemble de ces troubles impacte donc la vie quotidienne de la personne en altérant son indépendance et son autonomie et a également un retentissement sur la vie des proches, souvent aidants, de la personne.
Croisiaux et al. (2011) ont recensé les domaines de la vie quotidienne les plus impactés par l'apparition de ces troubles. L'étude a ainsi mis en évidence la difficulté liée à l'indépendance de la personne cérébro-lésée dans son lieu de vie, notamment pour la réalisation des tâches ménagères, des activités de soins personnels et des activités de courses et de cuisine. Le maintien de la sécurité est aussi un obstacle mis en avant par cette recherche. La participation sociale peut également être affectée du fait de la complexité à

trouver des "activités valorisantes et adaptées à la situation de la personne" que ce soit dans le domaine du travail ou des loisirs. De même, les séquelles physiques entraînent des difficultés de déplacements intérieurs et extérieurs au domicile dans la vie quotidienne de la personne. Ces difficultés peuvent être majorées par des troubles praxiques tels que la désorientation temporo-spatiale.

Par ailleurs, des difficultés d'organisation peuvent apparaître comme la gestion du budget et des tâches administratives auxquelles s'ajoute, celle, plus intime, d'entretenir une relation adéquate avec ses proches.

Ainsi, lors de la préparation du retour à domicile, ces éléments devront être pris en compte que ce soit pour aménager le logement, pour trouver des stratégies de compensation ou pour accompagner la famille et le patient dans la "réorganisation" de leur habitudes de vie et de leur rôles sociaux.

1.1.3 *Le parcours de soins de la personne et les phases de récupération*

La gravité des séquelles va nécessiter un suivi médical plus ou moins important qui s'articule autour de plusieurs phases. De façon générale, après avoir été prise en charge par un service d'urgences tel que le SAMU, la personne victime d'un AVC est transférée aux Urgences. Durant la phase aiguë, le patient est hospitalisé en court-séjour et dans la mesure du possible en unité spécialisée comme les Unités Neuro-Vasculaires (De Morand, 2014). Dans 30% des cas (HAS, 2010), le patient sera ensuite hospitalisé en service de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) pour être suivi par une équipe pluridisciplinaire de rééducation (De Morand, 2014). C'est à cette population de patients que nous allons nous intéresser. En moyenne elle y reste pour une période d'environ deux mois, en hospitalisation complète (HAS, 2010). Pour près de 73% des patients, le retour à domicile s'effectue à la suite de cette hospitalisation. Toutefois des séquelles peuvent persister dont les plus fréquentes sont l'hémiplégie et l'aphasie (INSERM, 2013). Il faut donc pouvoir évaluer le domicile du patient dans cet intervalle supposé de deux mois. Cette durée moyenne de séjour pourra d'ailleurs varier en fonction de l'importance des aménagements à prévoir. En effet, si des travaux conséquents sont à prévoir pour permettre l'accessibilité d'une pièce, la personne pourra être amenée à prolonger son séjour en SSR. De même, la survenue d'un AVC peut modifier les conditions de vie de la personne et engendrer des difficultés sociales qui influeront sur la date de sortie du patient.

1.1.4 *Le retour à domicile du patient victime d'un AVC*

Selon les situations, le retour à domicile n'est pas toujours possible du fait des capacités de la personne, de son contexte de vie, ou de son environnement. Dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous intéresserons aux personnes dont la situation permet un retour à domicile. De façon plus précise, l'accent sera mis sur les situations dont la sortie est considérée, selon Wirotius et al. (2003), de niveau 2, sortie dite "composée" voire de niveau 3 c'est-à-dire lorsque la sortie est jugée comme étant "compliquée". La "sortie composée" est une sortie nécessitant une collaboration avec les services de soins extérieurs, par exemple pour mettre en œuvre des soins infirmiers. Cette sortie nécessite également l'acquisition d'aides techniques. Enfin, par le terme de "sortie compliquée", Wirotius entend qu'elle va impliquer des aménagements de domicile non-négligeables et la mise en place de moyens à la fois matériels et humains. Ce type de sortie demande un temps de préparation conséquent.

Pour autant, le retour à domicile ne peut se faire que s'il émane d'une volonté de la personne. Or, comme nous l'avons évoqué précédemment, la personne victime d'AVC présente parfois un syndrome dépressif. Ce dernier peut "inhiber sa motivation et sa pleine adhésion au projet de soins" (Wirotius et Pétrissans, 2005) l'empêchant de s'investir dans le processus de réadaptation dont le retour à domicile fait partie. Par ailleurs, la notion de motivation est conditionnée par les éléments personnels de la personne tels que l'âge, l'éducation, le mode de vie ou encore l'expérience de la personne. (SSMG[2], 2003). Elle est également liée à la famille et l'équipe de soins et de rééducation. Tout au long de son hospitalisation, l'équipe pluridisciplinaire doit donc accompagner le patient et sa famille à établir un projet de vie en restant à l'écoute de ses craintes et en portant attention à son évolution psychologique vis-à-vis de son handicap. Le projet de vie est le lieu où s'exprime le désir de retour à domicile.

Afin d'évaluer la possibilité du retour à domicile, l'ANAES[3] a défini, en 2003, les critères nécessaires à mettre en place et à prendre en compte pour le retour à domicile de la personne victime d'un AVC. L'équipe pluridisciplinaire entre en jeu dans la préparation du retour à domicile mais celui-ci est aussi conditionné par les capacités physiques, cognitives

[2] SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale.
[3] ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (désormais Haute Autorité de Santé).

et psychologiques de la personne, par son contexte de vie ainsi que par son implication et celle de son entourage.

Ce retour à domicile est conditionné par la présence de certains éléments inhérents à la personne, à son entourage et à son environnement. En outre, il n'est possible que par la réalisation d'actes spécifiques à l'équipe de soignants et de rééducateurs.

Tout d'abord, afin de s'assurer de la possibilité d'un retour à domicile optimal, une « analyse de la situation sociale » de la personne doit être réalisée au sein du SSR. Elle permettra d'anticiper l'ensemble des démarches administratives à mettre en œuvre avant la sortie.

Par ailleurs, le retour à domicile nécessite une coordination entre l'équipe pluridisciplinaire du SSR et les équipes et professionnels pouvant intervenir par la suite au domicile de la personne. Celle-ci se fait notamment à travers la « préparation du dossier du patient qui sera remis aux professionnels concernés » mais elle demande aussi à l'équipe du SSR de définir les objectifs à atteindre à la suite du retour à domicile. Ces objectifs doivent être en lien avec les attentes de la personne et de son entourage. De plus, l'importance est mise sur l'information de la personne et de ses aidants sur les structures telles que les associations, les sociétés de transport spécialisé dont ils pourraient solliciter l'aide, une fois au domicile.

Enfin, la visite à domicile est indispensable dans le projet de sortie du patient afin d'anticiper les possibilités de retour à domicile. De même, des mises en situation dans l'environnement réel de la personne sont souhaitables. Celles-ci peuvent s'opérer lors de permissions thérapeutiques au domicile.

En conclusion, la personne victime d'un AVC se trouve très souvent confrontée à l'apparition de séquelles physiques, cognitives et/ou psychologiques. Comme nous l'avons vu, ces retentissements peuvent faire l'objet d'une hospitalisation en SSR. Il s'agit donc de comprendre quel sera l'accompagnement du patient dans ces structures et en quoi les modalité de sa prise en charge influeront sur la pratique de l'ergothérapeute. Pour ce faire, nous nous intéresserons aux critères d'orientation d'un patient dans un SSR et aux missions et moyens mis en place par ces services.

1.2 L'environnement institutionnel du SSR

1.2.1 *Les critères d'orientation du patient en SSR*

L'orientation de la personne cérébro-lésée vers un SSR et les modalités de son accompagnement dépendent de son état clinique, de son degré d'indépendance, de son lieu de résidence et de son entourage familial (DHOS[4], 2008).

En effet, les SSR ayant une mention complémentaire concernant les affections du système nerveux doivent pouvoir accueillir des personnes victimes d'un AVC dont le lieu de résidence est ancré dans « le territoire de santé » du SSR ou dans un « territoire limitrophe » à celui-ci (ARH-IF[5], 2009). Cette condition va favoriser la réadaptation en permettant des mises en situation plus aisée du fait de la proximité parfois très importante entre le domicile de la personne et le centre de rééducation dans lequel il est hospitalisé. Il faut noter que l'environnement urbain favorise généralement ces activités notamment avec la présence de transports en communs.

Par ailleurs, les capacités de la personne, son environnement humain et architectural peuvent être des éléments déterminants du mode d'hospitalisation. En fonction de ceux-ci, la personne pourra être en hospitalisation complète ou bénéficier de l'hospitalisation de jour. Ces deux modalités de prise en charge sont généralement offertes par les services de SSR et personnalisent ainsi le suivi du patient.

1.2.2 Les missions du SSR

En réalisant ses missions, le SSR a pour vocation de conduire la personne à recouvrer son indépendance en l'accompagnant dans l'ensemble des dimensions que cela comprend.

Les articles R. 6123-118 et R. 6123-119 du Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 définissent ces missions. On en dénombre cinq différentes :

Les soins médicaux,
La rééducation et la réadaptation,
La prévention,
L'éducation thérapeutique,
La réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

[4] DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
[5] ARH-IF : Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile de France.

Ainsi, les missions de réadaptation et de réinsertion, spécifiques au SSR, ne peuvent s'entendre que dans un but de sortie du patient et dans la mesure du possible d'un retour au domicile.

Lorsqu'il s'agit d'un SSR spécialisé en affections du système nerveux, il est nécessaire de bénéficier de « moyens matériels spécifiques constituant un véritable plateau technique de rééducation ». De plus, « une équipe de professionnels de santé formés à la prise en charge des patients victimes d'AVC » est indispensable (Groupe Régional AVC Provence Alpes Côte d'Azur, 2012).

1.2.3 *L'équipe pluridisciplinaire en SSR*

Différents professionnels de santé exercent dans les SSR. Le décret de 2008 rend obligatoire la présence d'un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou d'un médecin en neurologie et de "masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste et de psychologue" dans les SSR spécialisés en affections du système nerveux. Par ailleurs, ces structures comprennent souvent neuropsychologues et assistants sociaux (Groupe Régional AVC Provence Alpes Côte d'Azur, 2012).

C'est dans un travail commun que les professionnels vont œuvrer pour le retour à domicile du patient. En plus de l'accompagner dans des procédures concrètes pour préparer sa sortie dans de bonnes conditions, ils vont, ensemble, accompagner le patient vers la prise de conscience de son handicap.

Le kinésithérapeute aura un rôle important notamment dans la rééducation de la marche et l'évaluation du périmètre de marche qui vont permettre à la personne d'évaluer ses possibilités de déplacement et les aides dont il aura besoin.

Dans un projet de retour à domicile, le psychologue aura également une fonction essentielle dans l'accompagnement du patient vers l'acceptation de son handicap.

En plus de ces deux professionnels, l'ergothérapeute et l'assistant social font partie des acteurs incontournables du retour à domicile.

L'assistant social accompagne la personne dans toutes les démarches administratives, financières et celles liées à sa situation de handicap comme par exemple la demande d'une carte d'invalidité (EDUSANTE, 2013). Ces démarches ont une visée de réadaptation car

elles permettent que le projet de vie de la personne soit réalisé et diminue ainsi la situation de handicap.

L'ergothérapeute se rend au domicile pour conseiller la personne sur les adaptations envisageables et favorise son indépendance tout en assurant sa sécurité. A cette occasion, l'ergothérapeute pourra mettre en expérience la personne afin qu'elle prenne conscience de ses possibilités. Les aménagements de domicile, les aides techniques et les aides humaines vont être proposés à la suite d'une évaluation des besoins de la personne par l'ergothérapeute (Ministère de la Santé et des Sports, 2008). Il va donc préconiser des aides techniques et des aménagements de domicile.

Lorsque ces préconisations correspondent aux besoins et au projet de vie de la personne et en fonction de son pourcentage d'invalidité ou de son niveau de dépendance, des demandes de financements peuvent être réalisées auprès d'organismes financeurs.

Si la personne victime d'un AVC est âgée de moins de soixante ans, c'est auprès de la MDPH[6] que les démarches vont être faites dans le but d'obtenir une PCH[7] aménagement de l'environnement ou une PCH aides techniques voire aide humaine. Dans le cas où cette prestation ne recouvrirait pas l'ensemble des coûts engendré par l'aménagement, il est possible de sollicité le Fond Départemental de Compensation (CNSA[8]).
Si la personne a plus de 60 ans, une demande d'APA[9] pourra être faite auprès du Conseil Général. (CRAMIF[10] et CNAV[11], 2007)
En parallèle, si la personne est locataire auprès d'un bailleur social, celui-ci pourra prendre en charge certains aménagements sur le bâti. Quand l'immeuble est construit après le 1er janvier 2009, le bailleur pourra bénéficier d'une exonération de taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) (Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer, 2012).
Enfin, d'autres organismes peuvent être sollicités tels que l'ANAH ou encore SOLIHA.

L'obtention de ces financements résulte principalement d'un travail de collaboration entre la personne, sa famille, l'ergothérapeute et l'assistant social.

[6] MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.
[7] PCH : Prestation de Compensation du Handicap.
[8] CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
[9] APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.
[10] CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.
[11] CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.

Les moyens mis en place par les SSR permettent donc un accompagnement multidimensionnel Ainsi chaque professionnel va œuvrer pour répondre au projet de vie de la personne dans lequel s'exprime le retour à domicile. Cela passe parfois par un aménagement de domicile qui demande la mise en commun de compétences multiples. L'ergothérapeute a une intervention conséquente à travers cette mission. Mais pour comprendre comment s'organise cet accompagnement spécifique, il faut pouvoir définir ce qu'on entend par aménagement et ce qui se joue pour le patient dans la modification d'un lieu de vie.

2 L'aménagement de l'environnement : du domicile au "chez-soi"

2.1 La notion d'aménagement

Diverses définitions et représentations existent concernant le terme "aménagement" et de façon plus générale le verbe "aménager". Selon le domaine d'exercice (exemples : en MDPH, en SSR, en CICAT etc.) de l'ergothérapeute cette notion est interprétée différemment. Un état des lieux semble donc inévitable afin de prévenir tout malentendu. En matière d'ergothérapie, peut-on parler d'aménagement comme on parle d'adaptation, d'agencement, de transformation ou de modification ? En effet, à travers la visite à domicile l'ergothérapeute est souvent amené à préconiser des aides techniques. Il peut aussi conseiller la personne concernant l'agencement de certaines pièces, de certains mobiliers ou encore proposer de modifier le cadre bâti par le biais de travaux. La question se pose donc de savoir si le terme "aménagement de l'environnement" recouvre l'ensemble de ces aspects.

2.1.1 *La notion d'aménagement à travers l'Histoire*

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le terme "aménagement" était utilisé en 1327 pour décrire l'action de "construire, de réparer des bâtiments". En 1669, il évolue vers le fait de "pourvoir une maison de meubles, d'ustensiles ». A travers cette évolution de la définition d'aménager, on peut déjà distinguer deux perceptions : l'une directement en lien avec une modification du bâtiment, l'autre davantage liée à un agencement, à un ajout d'éléments.

De leur côté, que font les ergothérapeutes quand ils "aménagent" un environnement ?

2.1.2 *L'aménagement vu par les ergothérapeutes*

Hercberg (1996) mentionne lors du Colloque Handitec que l'ergothérapeute a une mission de conseil concernant les "modifications architecturales" telles que "l'aménagement des pièces" ou "leur disposition". Il est également précisé que le conseil peut porter sur les "outils présents ou à acquérir [...] que l'on appelle les aides techniques". Ici, une distinction est faite entre aménagement du domicile et préconisation d'aides techniques.

D'après Charrière (2007), ergothérapeute au sein d'un CICAT[12], "aménager le logement peut concerner : le cadre bâti : généralement le second œuvre et quelque fois le gros œuvre [ainsi que] les meubles et leurs accessoires." Ici, l'aménagement du logement est moins restrictif dans le sens où il n'est pas seulement synonyme de modification du cadre bâti.

Enfin, l'activité de "réalisation et suivi d'aménagement de l'environnement" détaillée dans l'Annexe 1 du référentiel d'activité de l'ergothérapeute (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports, 2010) comprend à la fois la proposition de matériels (tel que des aides techniques), l'agencement de l'environnement tout en envisageant des modifications du bâtiment.

Ainsi, bien que la préconisation d'aides techniques constitue une activité à part entière dans le référentiel d'activité de l'ergothérapeute, elle est aussi prise en compte dans l'aménagement du domicile.

Enfin, en pratique, dans les SSR, l'ergothérapeute est souvent amené à préconiser des aides techniques suite à une visite à domicile, moyen phare de l'aménagement du domicile.

De ce fait, la démarche d'aménagement de l'environnement est directement liée à la préconisation d'aides techniques. Il est donc légitime de prendre en compte le travail effectué par l'ergothérapeute en SSR autour de la préconisation d'aides techniques lors de la mission d'aménagement du logement de la personne.

[12] CICAT : Centre d'Information et de Conseil en Aides Techniques

Illustration :

Pour illustrer ces propos, prenons l'exemple d'un aménagement de salle de bain chez une personne présentant une hémiparésie droite suite à la survenue d'un AVC. Si la personne est en capacité d'enjamber la baignoire nous pouvons préconiser une planche de bain ainsi que des barres d'appui fixes. Si, enjamber la baignoire est trop risqué ou trop difficile pour la personne et en fonction des possibilités architecturales, il est envisageable de préconiser la réalisation de travaux pour installer une douche de plain-pied. En plus de ces aménagements, un agencement de la pièce peut être bénéfique afin d'améliorer la circulation de la personne dans la salle de bain.

Si l'aménagement du domicile peut s'entendre de plusieurs manières, la notion de "domicile" ne revêt pas forcément l'ensemble des valeurs que l'ergothérapeute lui attribue.

2.2 Etat des lieux sur la notion de domicile

2.2.1 *Définitions*

Les ergothérapeutes réalisent des "visites à domicile". Pourtant, le domicile n'a qu'une valeur purement juridique. Il justifie de l'état civil de l'individu qui s'y rattache (Djaoui, 2008).

D'après Djaoui, il existe plusieurs termes pour évoquer le lieu de vie. Ces termes vont varier en fonction de la personne qui les emploie et du domaine dans lequel ils sont utilisés. Ils mettent également en jeu divers concepts et représentations. Lorsqu'on parle du lieu de vie, on peut y assimiler les termes de foyer, de logement, de résidence ou encore de chez-soi.

La résidence définit le lieu dans lequel la personne vit et habite de façon effective. Elle peut ainsi se différencier du domicile dont la valeur n'est possiblement qu'administrative.

Le logement renvoie à une entité matérielle, à un bien qui peut être quantifié et dont on peut apprécier les différentes caractéristiques (rareté, superficie, valeur marchande).

La notion d'habitat rajoute au logement un environnement plus large. Il est perçu comme un territoire dans lequel la vie quotidienne de la communauté s'organise. Cette vie quotidienne est faite d'interaction entre le logement, l'environnement et la personne.

Enfin, la notion de chez-soi est souvent employée par l'usager lorsqu'il évoque son lieu de vie. Elle met en jeu un vécu personnel et affectif. Le chez-soi reflète la subjectivité de celui qui y vit : il fait sens à ses yeux. (Djaoui, 2008)

Ainsi, l'utilisation du terme domicile semble être restrictive. En effet, on s'aperçoit que le lieu de vie possède un caractère multidimensionnel tout en étant doté de valeurs spécifiques. Intervenir au domicile, quand il s'agit, qui plus est, de le modifier, demande donc de prendre en compte l'ensemble des fonctions du lieu de vie.

2.2.2 *Les fonctions du lieu de vie*

Les différentes fonctions du lieu de vie ont notamment été décrites par l'ESTS[13] en 2011.

Il peut être perçu comme :

Un lieu propice à l'intimité :

Le logement relève de l'intime puisqu'il est essentiel à l'édification de notre identité. Il est un lieu dans lequel se loge notre vie privée avec tout ce qu'elle comporte de secret et de personnel. Le lieu de vie constitue ainsi une démarcation protectrice entre cette vie privée et l'extérieur.

Le lieu de la famille :

Le logement est un lieu propice à la filiation au sein duquel les savoirs et les traditions se partagent faisant et défaisant les histoires familiales. Dans l'unité de cette famille, chacun a pourtant sa spécificité et sa façon d'habiter le même espace. Avant de proposer un aménagement, l'ergothérapeute devra donc veiller à comprendre comment le lieu de vie est investi par l'ensemble des personnes y résidant. Afin d'y parvenir, des rencontres avec la famille et en présence du patient peuvent être organisées. Prenons l'exemple d'une personne vivant au sein d'une famille et ayant besoin d'aide pour rentrer dans sa baignoire mais souhaitant réaliser sa toilette seule. Si ses capacités le lui permettent, on préférera

[13] ESTS : Ecole Supérieure de Travail Social

parfois une planche de bain ou un siège pivotant plutôt que de transformer la baignoire en douche si le reste de la famille a pour habitude de prendre des bains.

Le lieu du recevoir :

"La maison est le lieu d'une mise en scène d'une présentation de soi et le décor d'une maison renvoie à ce qu'on veut exprimer de son statut". (ESTS, 2011) Ainsi, bien qu'il soit un lieu d'intimité, le logement est aussi un espace poreux, vecteur de lien social et d'affirmation de soi dans la société. Pour illustrer ce propos, nous pouvons citer la situation de Mme X. Elle vit seule mais est très entourée par ses amis qui lui rendent visite régulièrement. A la suite d'un AVC, elle présente une hémiparésie proportionnelle droite et rencontre des difficultés à faire ses transferts assis/debout. La visite à domicile a montré que Mme X rencontrait des difficultés à se relever des WC assez bas. Dans une volonté d'esthétique et parce qu'elle jugeait cela moins stigmatisant, Madame X a préféré faire rehausser les WC que de se munir d'un rehausseur de WC.

Un territoire :

Le logement fait partie intégrante d'un socle plus large : le quartier. En effet, l'environnement extérieur proche est le premier lieu de socialisation de la personne. D'ailleurs, l'attachement pour le quartier est tel, qu'il peut parfois primer sur la maison elle-même.

Tous ces aspects permettent à l'habitant de ne pas seulement occuper son logement mais de l'investir et d'y vivre pleinement, ce qui implique que les aménagements mis en place par l'ergothérapeute ne doivent pas constituer un frein à l'appropriation ou à la réappropriation du domicile par la personne.

2.3 Appropriation de son domicile suite à un aménagement du domicile

Comme l'a écrit Djaoui en 2008, « tout aménagement dans un nouvel espace va réactiver [chez la personne, des] comportements d'appropriation ». Aussi, les modifications du « chez-soi » qui peuvent être nécessaires au retour à domicile devront être acceptables puis acceptées par la personne afin de lui permettre de réinvestir son logement. Pour cela, il est fondamental de prendre en compte ce que Djaoui appelle « l'approprié [qui] qualifie ce qui

est adéquat aux besoins et aux aspirations profondes (sécurité, chaleur, maîtrise, solitude, etc.), au style de vie de l'habitant, à l'image qu'il veut ou qu'il croit donner de lui».

A travers son intervention, l'ergothérapeute va donc devoir prendre en compte l'impact qu'ont les aménagements proposés sur la personne, sur ce que cela montre de lui. Mais, n'oublions pas l'environnement humain de la personne. Puisque le domicile peut-être un lieu familial, l'ergothérapeute devra aussi considérer la famille pour qui l'adaptation aux différents changements est également nécessaire.

Enfin, l'appropriation du domicile ne peut se faire que s'il permet l'accès au quartier, partie intégrante du lieu de vie. En effet, vivre dans un logement c'est aussi vivre dans l'environnement qui l'entoure. Le quartier étant un des premiers lieux où la personne va s'exprimer en société. Nous verrons ainsi que le lieu de vie au sens large permet l'implication de la personne au sein de sa famille et dans sa communauté et lui confère un rôle propre qui favorise sa participation sociale.

2.4 L'environnement vecteur de participation sociale

L'aménagement du domicile est un des éléments permettant la réalisation du projet de vie de la personne car il va favoriser le retour aux habitudes de vie antérieures ou en permettre de nouvelles qui ont du sens pour la personne. Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, cet aménagement s'inscrit dans un environnement architectural plus large qu'est le quartier. De même, l'aménagement a une incidence sur l'environnement humain tel que la famille mais aussi l'entourage social et communautaire.

Le Modèle de développement humain - Processus de production du handicap de 2010 (MDH-PPH2) de Patrick Fougeyrollas permet de modéliser l'ensemble des interactions entre la personne, son environnement et ses habitudes de vie (Annexe 1). A travers le cadre donné par le MDH-PPH2, l'ergothérapeute peut prendre en compte ces interactions lors de l'aménagement du lieu de vie, environnement particulier de la personne.

En effet, un des objectifs de l'ergothérapie est de favoriser la participation sociale (Poriel, 2014). Au sens de Patrick Fougeyrollas, cela implique de permettre la "réalisation des habitudes de vie" qu'il définit comme "les activités courantes et les rôles sociaux" d'un individu. La participation sociale est garante de "l'épanouissement [de la] personne dans sa société". C'est pourquoi, il parle de "qualité de la participation sociale". Celle-ci est

variable selon les caractéristiques de la personne, ses capacités et ses valeurs et selon la qualité de son contexte de vie (Castelein, 2015). Ainsi, la qualité de participation sociale peut être modifiée par les facteurs environnementaux se découpant selon trois axes :

Le "microenvironnement personnel" qui regroupe notamment le domicile, l'environnement humain proche tel que la famille ou les amis, ou encore le lieu de l'exercice professionnel.
Le "méso-environnement communautaire" dans lequel on retrouve les infrastructures du quartier et les personnes gravitant autour. Ainsi, pour une personne ayant un périmètre de marche restreint, il peut être intéressant de prendre compte des possibilités qu'elle a de s'asseoir entre son lieu de vie et la boulangerie, si celle-ci à l'habitude d'acheter du pain. Cela permettra de préserver cette habitude de vie. Par ailleurs, si la personne présente une aphasie d'expression, l'ergothérapeute pourra proposer à la famille et au patient de rencontrer le commerçant afin de favoriser leur échange.
Le "macro-environnement sociétal" dont le champ est plus large et qui comprend l'ensemble des législations, des politiques, des concepts et des évènements qui régissent la société.

L'ensemble de ces éléments sont à prendre en compte par l'ergothérapeute lors de son intervention au domicile et sur le domicile afin d'évaluer au mieux le contexte de vie de la personne et de lui garantir une certaine participation sociale.

Cette vision holistique est abordée très tôt dans l'accompagnement de la personne puisque le dossier du patient en ergothérapie s'inspire de ce modèle et fait ainsi état de l'environnement de la personne, de ses habitudes de vie ainsi que de ses facteurs personnels (ANAES, 2001). A travers ces trois grandes catégories, l'ergothérapeute pourra déjà supposer de la situation de handicap de la personne dans son environnement et émettre ainsi des objectifs en lien avec son projet de vie.

Mais, pour évaluer d'éventuelles situations de handicap, il est nécessaire à l'ergothérapeute d'observer le milieu de vie réel de la personne. De plus, pour accompagner le patient vers la réalisation de son projet de vie et de retour à domicile, l'ergothérapeute devra préparer et mettre en place l'aménagement du lieu de vie dans le respect des volontés de la personne.

3 Participation de l'ergothérapeute au projet de vie : quelle organisation face à l'aménagement du lieu de vie?

3.1 Activité de « réalisation et de suivi de projet d'aménagement de l'environnement »

L'annexe 1 du référentiel d'activités de l'ergothérapeute (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports, 2010) fait état des différentes activités pouvant incomber à l'ergothérapeute. Parmi elles, on trouve celle de « réalisation et de suivi de projet d'aménagement de l'environnement ». Cette activité peut comporter différents actes séparés en trois grandes catégories que voici :

« État des lieux du besoin ou de la demande en concertation avec la personne, la famille et les professionnels concernés :

– prise de connaissance de la demande, des besoins et des avis divers ;

*– **visite des sites et prise de mesures** ;*

– mise en situation de la personne dans son environnement ;

– réalisation de plans ou de croquis de la situation.

Contact avec les partenaires concernés par la demande :

– prise de contact avec les organismes prestataires ;

– prise de contact avec les fournisseurs, les sociétés de conception et de fabrication de matériels ;

– prise de contact avec les professionnels partenaires : professionnels de santé, travailleurs sociaux, professionnels du bâtiment, entrepreneurs... ;

– prise de contact avec l'ensemble des utilisateurs de l'environnement.

Réalisation et suivi d'un dossier d'aménagement :

– formalisation des différentes possibilités d'aménagement ;

– proposition de matériels, de mobiliers et d'agencement visant à un aménagement accessible, sécurisé, évolutif, durable et adapté ;

– organisation d'essais et de démonstrations ;

– édition d'un rapport faisant état de l'ensemble des conclusions ;

– présentation finale du projet à la personne, à son entourage et aux partenaires ;
– suivi de la mise en œuvre des préconisations avec les professionnels du bâtiment ;
– entraînement à l'utilisation et l'usage de l'espace aménagé. »

Il est important de noter que les deux derniers points mentionnés dans cette activité : "suivi de la mise en œuvre des préconisations avec les professionnels du bâtiment" et "entraînement à l'utilisation et l'usage de l'espace aménagé" ne sont pas toujours réalisable par l'ergothérapeute en SSR en fonction de l'ampleur des aménagements à réaliser, des nécessités de financements et du temps d'hospitalisation de la personne victime d'un AVC. Dans ce cas, le relais avec les structures extérieures telles que les équipes mobiles est donc indispensable.

Par ailleurs, toutes les actions détaillées au travers de cette activité ne se réalisent pas en présence du patient. C'est pourtant à travers cet ensemble d'actions que l'ergothérapeute pourra contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne qui peut passer par le fait d'aménager son environnement. La question se pose donc de l'organisation de l'intervention de l'ergothérapeute entre la réalisation des activités avec et sans le patient pour répondre au projet de sortie du patient.

3.2 La participation de l'ergothérapeute à la réalisation du projet de vie : entre activités directes et indirectes

Dans la compétence 9 du référentiel d'activité de l'ergothérapeute, on trouve la composante "organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités." (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Si l'ergothérapeute doit répartir les activités des différents patients dont il assure l'accompagnement dans la semaine; il doit également, parmi les activités d'un même patient, répartir celles qui demandent sa présence et celles qui sont réalisées en son absence.

3.2.1 Définitions

L'Association Luxembourgeoise des Ergothérapeutes Diplômés (ALED) a défini ces notions à travers les termes d'"activités directes" et d'"activités indirectes".

Les activités directes sont des "actes d'ergothérapie au cours desquels le [patient] doit obligatoirement être présent ».
Les activités indirectes sont des "actes d'ergothérapie qui ne nécessitent pas la présence du [patient] mais qui sont utiles et nécessaires pour considérer la prestation d'ergothérapie comme étant complète ».

Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute en SSR est répartie entre les activités directes, les activités indirectes mais aussi les activités dites "institutionnelles" ou "non thérapeutiques" qui ne sont pas directement en lien avec le patient.

La question de l'organisation de l'ergothérapeute se focalisera ici sur les activités en lien avec le patient (activités directes et indirectes). En effet, si les activités directes sont importantes pour la rééducation, les activités indirectes aident à mettre en place et finaliser le projet de vie du patient et son retour à domicile ce qui constitue un point central dan la prévention du risque de désinsertion sociale. L'intérêt de ces activités indirectes est d'ailleurs de plus en plus mis en avant au sein du SSR et ce notamment à travers la cotation du PMSI-SSR[14].

3.2.2 *Prise en compte des actes indirects par le PMSI-SSR*

L'ergothérapeute travaillant en SSR renseigne le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Soins de Suite ou de Réadaptation (PMSI-SSR). Ce recueil d'informations a deux objectifs : il permet la "description quantifiée, et en termes médicaux, de l'activité des établissements" de SSR (ATIH, 2013) et il permet de classer les séjours hospitaliers selon des caractéristiques favorisant ainsi certains financements de l'établissement concerné.

Au quotidien, cette procédure est appliquée à travers la cotation sur le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR). Cet outil liste l'ensemble des actes réalisables par les professionnels exerçant en SSR tels que les ergothérapeutes. Un code est attribué à chaque acte présent dans la liste.

L'acte d'"évaluation et élaboration du projet d'aménagement personnalisé du lieu de vie" appartient au domaine "Activité et participation" répertorié dans le CSARR. Il correspond

[14] Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Soins de Suite ou de Réadaptation

au code ZZQ+186. A travers cet acte, aucune distinction n'est faite entre les activités directes et celles indirectes.

Ainsi, les activités indirectes nécessairement réalisées lors de l'aménagement du lieu de vie ne constituent pas un code à part entière mais sont référencées en sous-catégories, au même titre que les activités directes, dans cet acte d'aménagement de l'environnement.

D'ailleurs, il est précisé que "les actes décrits dans le CSARR comprennent implicitement toutes les actions élémentaires qui concourent habituellement à leur achèvement". (ATIH[15], 2016) Les actions élémentaires, représentent une partie des actes indirects définis précédemment dans la mesure où ils comprennent notamment les notions de traçabilité ou de transmission des informations à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire gravitant autour de la personne.

De ce fait, une partie des actes indirects nécessaires à l'aménagement du lieu de vie sont mis en évidence dans le PMSI à travers le libellé de cette même activité. Toutefois, une autre partie des actes indirects de l'aménagement du domicile est décrite comme "action élémentaire" dans le CSARR et n'y apparait donc pas de façon explicite.

Ainsi, la réalisation des activités indirectes liées à l'aménagement du lieu de vie concoure à la mise en place du retour à domicile quand celui-ci est exprimé en tant que projet de vie par la personne et son entourage. En s'inscrivant dans le PMSI-SSR, ces activités sont encore un peu plus valorisées. Dans un souci de comprendre comment l'ergothérapeute organise son intervention, il est nécessaire de savoir à quel moment les activités indirectes demandent d'être réalisées. En abordant la visite à domicile, élément phare dans la réalisation de l'aménagement du domicile peut clarifier ce questionnement.

3.3 La visite à domicile comme moyen central

3.3.1 *Définition*

La visite à domicile permet d' « identifier tous les aménagements à prévoir dans la perspective du retour à domicile (logement, aides techniques, ressources financières, aides humaines). » (ANAES, 2004) C'est en partie grâce à la visite à domicile que l'ergothérapeute va pouvoir déterminer la possibilité qu'a la personne de rentrer chez elle.

[15] ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

Elle peut avoir lieu à différents moments. Elle peut être réalisée en amont pour préparer des permissions thérapeutiques dans un but de réinsertion. Si tel est le cas, la mise en expérience de la personne dans son milieu de vie permettra d'ajuster les aménagements nécessaires à longs termes en fonction des capacités de la personne dans son environnement propre.

Enfin, il est nécessaire de préciser que la visite à domicile à proprement parlé, au vues des définitions exposées précédemment, est une activité directe car elle s'effectue en présence du patient. Pour autant, visiter le domicile d'une personne ne peut se faire sans une préparation préalable.

3.3.2 *Les préalables à la visite à domicile*

Pour répondre au projet de vie de la personne, il est préférable d'anticiper le plus tôt possible la visite à domicile et de la préparer. Son intérêt est discuté avec l'ensemble des rééducateurs, de l'équipe soignante et avec le médecin. Mais, la visite à domicile ne peut être envisagée qu'avec l'accord de la famille et du patient. Cela implique que l'ergothérapeute les informe sur les objectifs de celle-ci, sur son déroulement et parfois les rassure sur son rôle en tant que professionnel. A cette occasion, il pourra se rendre compte avec l'ensemble des occupants du logement de l'agencement de celui-ci afin de présager des aménagements envisageables.

La préparation de la visite à domicile, demande également d'avoir réalisé, auparavant, des bilans évaluant les capacités de la personne à se déplacer, à faire ses transferts, à réaliser les activités domestiques et de vie quotidienne. A travers les bilans qu'il passera ou qu'il consultera auprès de ses collègues, l'ergothérapeute aura une idée des capacités de la personne. Ces évaluations apportent des informations essentielles pour évaluer les besoins en aides techniques et en aides humaines de la personne (Charrier-Casado et al., 2001). Elles peuvent notamment être réalisées par l'ergothérapeute comme c'est, par exemple le cas pour la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle ou par le kinésithérapeute qui pourra évaluer la marche. Avant la visite à domicile, l'ergothérapeute devra donc rassembler l'ensemble des informations pertinentes auprès des professionnels soignants impliqués dans l'accompagnement du patient atteint d'un AVC.

Enfin, lors de la visite à domicile, « l'ergothérapeute emporte du matériel pour faire des essais en situation » (Charrier-Casado et al., 2001). Une préparation préalable du matériel

et la vérification de son bon fonctionnement est donc à prévoir. Cette préparation constitue donc un acte indirect considéré comme "action élémentaire" dans le CSARR.

Par "matériel" on peut entendre "aide technique": par exemple, pour mettre en situation une personne hémiplégique dans son environnement propre, l'ergothérapeute peut amener une barre de lit qui l'aiderait à se retourner dans son lit et à en sortir.

Dans la majeure partie des cas, le patient hospitalisé en SSR sera accompagné par les ergothérapeutes grâce au véhicule du service. Ainsi, l'ergothérapeute doit pouvoir anticiper la visite à domicile afin de réserver un véhicule. Parfois, le transport peut être effectué en ambulance ou en véhicule sanitaire léger (Blond, 2015). Cela demande à l'ergothérapeute de prendre en compte l'aspect logistique de la visite à domicile qui va dépendre des capacités de la personne notamment à se déplacer, à faire ses transferts. En s'appuyant sur ces éléments et en fonction de l'environnement de la personne, l'ergothérapeute possèdera les informations pour choisir le moyen de transport le plus adéquat.

3.3.3 *La visite à domicile : et après ?*

« La visite à domicile fait toujours l'objet d'un compte-rendu écrit remis au médecin, au patient et à l'assistante sociale » (Charrier-Casado et al., 2001). Ce compte-rendu expose la situation de la personne, ses habitudes de vie et détaille son environnement. Il fait ensuite état des conclusions de l'ergothérapeute concernant les aménagements possibles en fonction du projet de vie et des activités de la personne. Il s'avère indispensable aux organismes financeurs pour permettre le financement des aménagements (Brard et al., 2007). En effet, il constitue un argumentaire dans lequel chaque proposition faite concernant l'environnement (y compris les aides humaines) devra être justifiée par rapport à la situation de handicap de la personne et de ses habitudes de vie.

Afin d'établir les différentes possibilités d'aménagement, l'ergothérapeute peut être amené à contacter des revendeurs de matériel médical afin de réaliser des essais de certaines aides techniques au patient et à son entourage. Il peut également faire appel à des professionnels du bâtiment pour l'établissement de devis répondant à un cahier des charges fonctionnel des besoins de la personne. Il peut aussi travailler en collaboration avec des bailleurs sociaux lorsque la personne est locataire d'un logement social (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Ces actes sont indirects selon la définition proposée par l'ALED et exposée précédemment.

Mais, suite à la visite à domicile, l'ergothérapeute va également réaliser des actes directs vis à vis du patient. En effet, un entretien auprès du patient et de la famille est nécessaire afin que l'ergothérapeute puisse leur faire un retour concernant ses conclusions sur les aménagements possibles et nécessaires du domicile. Par ailleurs, la visite à domicile peut également permettre à la personne et à l'équipe pluridisciplinaire de prioriser certains objectifs ou d'en déterminer de nouveaux. Par exemple, si l'entrée dans le logement de la personne implique de gravir quelques marches à l'entrée de l'immeuble, la rééducation pourra s'axer sur la montée et descente de marches, si les capacités de la personne cérébro-lésée le permettent.

La visite à domicile demande donc une préparation conséquente et est le précurseur de la réalisation d'autres activités, souvent réalisées sans le patient. Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute dans ce contexte va être modifiée. Ces éléments influençant l'organisation de travail de l'ergothérapeute sont à corréler avec d'autres facteurs que nous allons aborder ci-après.

3.4 L'organisation de l'ergothérapeute à travers cette mission

3.4.1 *Les facteurs influençant l'organisation*

L'organisation du travail dépend du contexte dans lequel on exerce sa profession. Dujarier (2006) développe la notion de « travail d'organisation » qu'elle décrit selon six niveaux. Premièrement, dans une institution, l'aspect organisationnel va se décliner sous l'angle politique établit par les « actionnaires privés ou expression de la nation ». Ce degré de l'organisation permettra de mettre en place un « projet institutionnel » déterminant les prérogatives de chacun et leurs moyens.

Vient ensuite, au deuxième niveau du travail d'organisation, l'aspect gestionnaire qui va être régi par la direction et les « fonctionnels ». Elle aura pour finalité de réaliser des « prescriptions et des dispositifs de contrôle » à destination des équipes. Au sein d'un service de SSR, cette activité peut notamment être endossée par le Cadre de Santé qui représente un des « fonctionnels » pouvant faire le lien entre les attentes définies par les instances institutionnelles et l'équipe soignante. Toujours selon Dujarier, cette activité demande au fonctionnel de rendre plus lisibles et plus opérationnelles les prescriptions et

de les traduire par la suite en terme de gestion tout en faisant remonter des preuves du travail effectué par l'équipe. Au sein d'un SSR, la réalisation du travail est en grande partie quantifiée et qualifiée par le PMSI-SSR.

Le troisième niveau d'organisation s'évalue à travers l'équipe, « ceux qui réalisent le service lui-même ». Ils sont informés des missions qui sont les leurs, des résultats attendus, des circonstances matérielles et des méthodes utilisables ou utilisées. Le travail effectué est considéré comme « opérationnel ». Lorsqu'ils travaillent dans un service de SSR, les ergothérapeutes font partie de cette catégorie.

En outre, le travail d'organisation est également représenté dans « l'interaction entre le salarié et l'usager » du service qui constitue le quatrième niveau établit par Dujarier. Cette étape constitue une « activité de coproduction de la prestation » où les injonctions déterminées par les niveaux supérieurs sont adaptées à la situation afin de pouvoir répondre à la spécificité de la demande. Il arrive que ce processus soit inclus dans une action collective dans le but de mettre en commun des savoirs. Dans la pratique de l'ergothérapeute, la relation thérapeutique et la co-construction de l'accompagnement et du projet de vie avec le patient sont des éléments qui reflètent ce grade d'organisation. L'interaction entre le patient et l'ergothérapeute est donc à prendre en compte dans son organisation tout comme les modifications possibles de ses objectifs, les éventuelles fluctuations de son moral, de ses envies, de sa motivation ainsi que l'évolution de ses capacités et les différentes étapes qui le guident vers une certaine acceptation de sa situation de handicap.

Enfin, il ne faut pas omettre l'aspect personnel de l'organisation, sixième élément du travail d'organisation. En effet, l'organisation est intrinsèque à l'individu et doit permettre d'apporter une logique au travail demandé et de le rendre faisable.

Ainsi, pour s'organiser, l'ergothérapeute doit prendre en compte les décisions politiques en matière de santé, son environnement institutionnel qui va être régi par celles-ci et la situation du patient. Son organisation sera aussi conditionnée dans le temps par les activités directes et indirectes de l'aménagement du domicile.

3.4.2 *Un outil d'aide à l'organisation*

S'organiser c'est tout d'abord pouvoir gérer son temps en fonction des différentes tâches qui nous incombent. Or, gérer son temps demande d'établir de façon précise ses priorités (Saadoun, 1998, cité par Lacombe, 2011) et si l'organisation comporte un élément personnel, elle peut être soutenue par des outils tels que la matrice d'Eisenhower. Celle-ci constitue un moyen pour la personne de prioriser ses tâches en fonction de leur urgence et de leur importance. L'urgence de la tâche se définit à travers des échéances : plus l'échéance est proche, plus la tâche est urgente à réaliser. D'autre part, la notion d'importance d'une activité est en lien étroit avec les conséquences induites par sa non-réalisation et prend égale9ment en compte la plus-value de la tâche. Ainsi, l'importance d'une tâche est définie par tout ce qui peut impacter négativement la réalisation d'un objectif ou d'une mission (Comtois, 2006, cité par Lacombe, 2011).

	Urgent	Pas urgent
Important	**I** **je traite tout de suite** • Crises • Problèmes pressants • Routine • Projets soumis avec échéance	**II** **je prévoie une date** • Planification • Recherche de nouvelles opportunités • Approfondissement des relations • Amélioration continue
Pas Important	**III** **je délègue (voleurs de temps)** • Interruptions des collègues • Appels téléphoniques • Courriels et rapports • Réunions	**IV** **je reporte, je traite en dernier** • Certains appels téléphoniques • Certaines réunions • Certains courriels

Sources : adaptée d'Ohana (2000), Launay-Duhautbout et al. (2005) et Covey (2005)

Figure 1 : Matrice d'Eisenhower (Source : Comtois, 2006)

Le compartiment 1 de la matrice regroupe ce qui est à la fois urgent et important, ce qui par conséquent, constitue une priorité absolue. Dans le deuxième compartiment, les tâches et activités recensées sont importantes et nécessitent d'être anticiper. Si tel n'est pas le cas, elles deviennent alors urgentes et glissent dans le premier emplacement de la matrice. Le troisième compartiment représente les activités qui sont urgentes mais peu importantes (Lacombe, 2011). Ces activités-là sont souvent qualifiées comme des activités de « routine » (Saadoun, 1998, cité par Lacombe, 2011). Enfin, le quatrième emplacement comporte les activités et tâches sans importance et non-urgentes. Leur importance varie rarement mais elles peuvent toutefois devenir urgente si personne ne les réalisent (Lacombe, 2011). Ces tâches peuvent être perçues comme des échappatoires car elles sont

souvent peu chronophages et agréables à faire (Launay-Duhautbout et al., 2005 cité par Lacombe, 2011).

Cet outil est ainsi fondé sur la notion d'urgence dans le temps. C'est pourquoi, la durée d'hospitalisation du patient est également à prendre en compte dans son organisation car elle va définir le degré d'urgence tout comme le moment où le retour à domicile, et plus particulièrement la visite à domicile, va être proposé.

Hypothèse de recherche :

Ainsi, nous avons vu que l'aménagement du domicile est une activité de l'ergothérapeute qui met en jeu des actes en présence du patient et d'autres qui ne la nécessite pas. De plus, il a été mis en évidence l'importance de cette activité, indispensable pour préparer le retour à domicile du patient victime d'un AVC et ayant un logement non-accessible ou non-sécuritaire. Enfin, l'évaluation de l'ergothérapeute et la préconisation d'aides techniques et d'aménagements doivent pouvoir être mis en place dans un temps restreint qui correspond à la durée d'hospitalisation du patient équivalente à environ deux mois. Il est donc indéniable que l'ergothérapeute s'organise pour pouvoir répondre aux besoins du patient et ce, en respectant les contraintes institutionnelles. Nous avons également vu que cette organisation doit également prendre en compte les facteurs intrinsèques de la personne comme sa motivation ou sa fatigue.
L'ensemble de ces recherches m'amène à établir l'hypothèse suivant :

Pour permettre le retour à domicile du patient victime d'un AVC, l'ergothérapeute est amené à consacrer des séances pour réaliser les activités indirectes nécessaires à la mise en place de l'aménagement du lieu de vie.

CADRE DE RECHERCHE

La partie conceptuelle m'ayant permis de faire émerger les différentes notions émanant de mon sujet, je m'intéresse, ici, à la façon dont les ergothérapeutes organisent leur accompagnement auprès du patient victime d'AVC vis-à-vis des activités indirectes liées à l'aménagement du domicile.

Dans cette partie, je présenterai dans un premier temps la méthodologie utilisée pour répondre à ma question de recherche et valider ou non mon hypothèse. Par la suite, j'exposerai les résultats de mon enquête à travers leur analyse pour enfin les mettre en lien avec ma partie théorique via la discussion.

1 Méthodologie d'enquête

1.1 Choix de la population

Ma population cible est celle des ergothérapeutes qui exercent en SSR auprès des patients atteints d'un AVC. J'ai choisi de m'entretenir avec des praticiens travaillant en Ile-de-France dans un environnement urbain. Il m'a semblé qu'interviewer des ergothérapeutes dans des régions plus rurales risquait de rendre plus difficile l'analyse car la proximité (notamment en terme de transport) entre le domicile de la personne et le centre de rééducation et de réadaptation pouvait être très variable selon les régions. En effet, comme le montre une étude réalisée par Coquelet et Valdelièvre (2011) pour la DREES, le territoire français n'est pas fourni également en matière de SSR.

Pour obtenir des entretiens auprès des ergothérapeutes, j'ai utilisé un réseau d'établissements SSR et j'ai ainsi pu prendre contact avec certains professionnels grâce à un "effet boule de neige".

Après avoir testé ma grille d'entretien, j'ai ainsi interviewé cinq ergothérapeutes[16] par téléphone et de visu. Cet échantillon restreint offre un recueil d'avis et d'expériences variés. Il permet également une analyse détaillée des informations recueillies tout en limitant l'effet de saturation concernant les notions évoquées par les thérapeutes.

[16] Tous les ergothérapeutes interviewés sont des femmes. J'utiliserai donc le pronom personnel "elles" pour évoquer leur propos.

L'ensemble des ergothérapeutes avec lesquelles je me suis entretenue a été informé de leur enregistrement et assuré de la préservation de leur anonymat.

Le tableau ci-dessous répertorie le lieu d'exercice de chaque ergothérapeute, leur expérience professionnelle, l'équipe dans laquelle elles évoluent et le nombre de visites à domicile qu'elles réalisent.

	E1	**E2**	**E3**	**E4**	**E5**
Année de diplôme	2012	2004	2007	2015	2008
Expérience auprès de patients cérébro-lésés	4 ans	12 ans	9 ans	1 an	8 ans
Type de SSR	SSR public	SSR privé à but non lucratif		SSR public	SSR public
Nombre d'ergothérapeute dans le SSR	6 ergothérapeutes équivalent temps plein (ETP)	6,5 ergothérapeutes ETP		2 ergothérapeutes ETP	2,4 ergothérapeutes ETP
Nombre de VAD réalisées *par l'ergothérapeute*	Environ 24 VAD par an	18 VAD par an	20 VAD par an	Environ 20 VAD par an	Entre 10 et 15 VAD par an

En rencontrant deux ergothérapeutes dans le même service de SSR, l'objectif était de questionner la vision propre de l'ergothérapeute. En effet, nous avons vu, qu'en plus de dépendre de l'institution, l'organisation de travail est également conditionnée par les valeurs intrinsèques de l'ergothérapeute.

1.2 Choix de l'outil d'investigation

J'ai choisi d'utiliser les entretiens semi-directifs auprès des ergothérapeutes car mon but est de « comprendre un phénomène » et d'« évaluer ce qui est perçu et vécu » par les ergothérapeutes (Morel-Bracq, 2016). En effet, je cherche des réponses qualitatives faisant part du ressenti de la personne sur sa pratique et explicitant l'organisation qu'il met en place vis-à-vis de son accompagnement auprès du patient ayant eu un AVC. Ces entretiens permettront également de jauger l'importance qu'ont les activités indirectes pour les

ergothérapeutes et par rapport aux patients. Mes questions sont donc "relativement ouvertes" ce qui donne une certaine liberté d'expression à l'ergothérapeute. Toutefois, afin de pouvoir "recentrer l'entretien sur les objectifs" (Van Campenhoudt et Quivy, 2011) des questions plus fermées ont été prévues.

1.3 Elaboration du guide d'entretien

Avant de questionner l'ergothérapeute, je rappelle le thème de mon mémoire d'initiation à la recherche sans présenter ma question de recherche ni mon hypothèse afin de ne pas influencer les réponses.

Le guide d'entretien (Annexe 2) est constitué de plusieurs questions qui répondent à des objectifs de recherche et pour lesquels des *a priori* sont établis grâce à mon cadre théorique. L'utilisation du guide d'entretien m'a permis d'uniformiser les questions posées aux ergothérapeutes. Ces questions sont classées en thèmes généraux qui corroborent les grands axes de ma partie théorique.

La première partie de l'entretien vise à donner à la personne l'opportunité de se présenter elle et son service ainsi que de quantifier le nombre de visites à domicile réalisées au sein de son équipe.

La partie suivante porte sur la personne victime d'AVC et les spécificités à prendre en compte chez elle lorsqu'un retour à domicile est prévu.

Ensuite vient la phase dédiée à la pratique de l'ergothérapeute autour de l'aménagement du domicile et de la visite à domicile.

Puis, un des thèmes concerne les stratégies d'organisation mises en œuvre par l'ergothérapeute et les moyens qui favorisent son organisation. La perception des activités indirectes que doit réaliser l'ergothérapeute lors de l'aménagement du domicile y est également abordée. Les retentissements de ces activités et de l'organisation qui se déploie autour sont aussi questionnés.

2 Présentation des résultats

Pour analyser les résultats obtenus à travers ces entretiens, je les ai dans un premier temps retranscrits. Puis, j'ai classé les différents éléments évoqués par les ergothérapeutes selon les thèmes explicités précédemment. Les différents passages utilisés sont disponibles en annexe 3.

2.1 A propos du retour à domicile de la personne victime d'AVC

2.1.1 *A quel moment est-il envisagé ?*

Pour quatre des cinq ergothérapeutes interrogées, le retour à domicile s'envisage très tôt dans l'accompagnement du patient. En effet, il est souvent évoqué lors de l'entretien initial réalisé avec le patient. Pour E1 et E2, celui-ci est évoqué dès lors que la personne verbalise le souhait de rentrer chez elle, dès lors qu'elle en fait son « projet de vie ». E3 souligne également la volonté du patient de retourner au domicile : selon elle, ce désir est très vite évoqué du fait du parcours de soins de la personne qui a déjà vécu une hospitalisation avant d'arriver en SSR. Selon elle, la question du retour à domicile est d'autant plus précoce que les durées d'hospitalisation des patients cérébro-lésées tendent à diminuer, durant généralement pas plus de 3 mois. E4 met en avant le fait que, dès l'arrivée du patient en SSR, une date de sortie est fixée en lien avec la famille, le patient et le médecin. La détermination de cette date va donc donner un cadre temporel à la rééducation. Elle soulève également le fait que certains retours à domicile peuvent être plus précoces voire précipités du fait de la volonté du patient ou de celle du médecin. Souvent, le patient est ensuite hospitalisé en hospitalisation de jour. Par ailleurs, comme le mentionnent E3 et E4, les ergothérapeutes sont amenés à proposer des permissions thérapeutiques, processus qu'elles encouragent avant un retour définitif, à travers lesquelles la question du retour à domicile sera traitée. Pour E5, le retour à domicile est « lié à l'investissement du patient », il se prévoit, en général, lorsque les progrès diminuent mais il est aussi lié aux « durées de séjour gérées par le médecin » ainsi qu'à la présence ou non de « problèmes sociaux » qui peuvent retarder le retour à domicile.

Ainsi, si le retour à domicile doit être envisagé précocement et bien qu'il soit régi par des politiques de réduction de la durée moyenne des séjours, un certain nombre de critères doit être pris en considération pour le permettre.

2.1.2 *Quels sont les critères à prendre en compte lors de la préparation du retour à domicile ?*

Certains critères ont été mentionnés par l'ensemble des ergothérapeutes rencontrées. Parmi eux, on note la présence ou non d'un entourage familial comme le précise particulièrement E5 ainsi que son implication dans le projet. Les capacités de personne apparaissent également très tôt dans la discussion. Pour E1, les capacités motrices représentent moins un frein que les capacités cognitives. Selon elle, le lien entre troubles cognitifs et entourage est très important dans le sens où si aucune aide humaine n'est mise en place chez une personne avec des troubles cognitifs, alors elle juge le RAD impossible. Ainsi, dans certains cas, la présence de l'entourage et/ou la mise en place d'aide humaine semblent être un élément capital. E5 insiste sur l'importance d'évaluer le niveau « de dépendance » de la personne pour prévoir son retour à domicile. L'ensemble des ergothérapeutes évoquent la nécessité que le logement soit accessible à la personne et adapté à ses habitudes de vie. Par ailleurs, la motivation de la personne, son désir de retour à domicile sont perçus comme un élément central à prendre en compte. Pour E4, cette motivation peut être fluctuante car le retour à domicile, bien que souvent désiré, peut aussi faire peur. C'est pourquoi, selon elle, cet aspect est à prendre en considération pour accompagner la personne dans l'établissement d'un projet de vie.

Enfin, selon E2, le retour à domicile est envisageable lorsque tous ces éléments s'imbriquent les uns dans les autres et aborde ainsi le retour à domicile avec une approche plus systémique. Cette analyse est partagée par E5. Toutefois, comme E1, l'ergothérapeute E2 souligne le fait que le retour à domicile est toujours possible mais que les conditions dans lesquels il est effectué peuvent être très variables mettant ainsi l'accent sur le fait que les ergothérapeutes n'ont pas forcément de droit de regard sur le suivi des préconisations faites suite à la VAD et que la personne reste autonome dans ses choix. De ce fait, les conditions dans lesquelles le patient retourne à domicile peuvent parfois être non-sécuritaires.

Ainsi, pour que le retour à domicile puisse se faire dans des dispositions favorables, un des critères à prendre en compte est l'accessibilité du logement. Cela pose donc la question de l'aménagement du lieu de vie.

2.2 L'aménagement du domicile

2.2.1 *Définitions*

Traiter de l'aménagement du domicile avec les ergothérapeutes les ont amenées à définir ce qu'elles entendaient par ce terme. Ainsi, pour E3, l'aménagement est synonyme de modification du bâti. Pour les quatre autres ergothérapeutes, aménager le domicile c'est modifier le cadre bâti, le fournir en aides techniques mais aussi agencer les espaces en enlevant ou en déplaçant certains meubles ou par exemple en « aménageant une pièce au rez-de-chaussée » comme le dit E5. Seule E1 considère l'intervention d'une aide humaine comme un aménagement. Elle le justifie par le fait qu'à partir du moment où c'est quelque chose qui vient se rajouter du fait de la survenue de l'AVC alors c'est un aménagement vis-à-vis des capacités de la personne.

2.2.2 *Fréquence d'une préconisation d'aménagement après une VAD*

Les aménagements, quand ils comprennent la modification du bâti et la préconisation d'aides techniques sont systématiques selon les ergothérapeutes interrogées. Pour E3, E4 et E5, il est plus fréquent de préconiser des aides techniques que des modifications architecturales d'autant plus que celles-ci sont coûteuses et demandent de l'énergie.

Mais, pour pouvoir évaluer le logement et faire d'éventuelles préconisations d'aménagement, une visite à domicile est nécessaire.

2.3 La visite à domicile

2.3.1 *Sa préparation, ses préalables*

L'ensemble du panel d'ergothérapeutes s'accorde à dire qu'il est important de connaître l'architecture du logement avant la visite à domicile. A cet égard, E2 interroge le patient « pour [se] faire une image de l'appartement ». Il apparaît que cette prise de connaissance s'effectue par le biais d'un entretien avec le patient et sa famille qui a aussi une visée explicative concernant la façon dont la visite va se dérouler. Il permet également d'établir

avec la personne "les habitudes de vie postérieures [qu'il] envisage après le visite à domicile" d'après E1. Le contact avec la famille est un élément très présent dans les entretiens. En effet, dans la mesure du possible, la présence de l'entourage et souhaité car comme le mentionne E3, cela permet de lui montrer comment utiliser certaines aides comme celles "pour faire les transferts". Pour ce faire, E2 et E5 amènent des aides techniques à domicile pour mettre en situation la personne. E4, le fait "plus rarement, en général [elle] essaie de mettre en situation le patient grâce à son appartement thérapeutique". E1 de son côté, tente de combiner essais à l'hôpital et au domicile.

Par ailleurs, trois des ergothérapeutes font rapidement part l'importance d'une discussion en équipe pour décider de la visite à domicile et faire l'état des lieux des capacités de la personne. E5 insiste sur les "synthèses réalisées avec l'équipe soignante" qui lui permettent d'avoir un aperçu de ses capacités sur une journée. Les réunions d'équipe sont évoquées après relance, par les deux autres ergothérapeutes pour qui elles constituent un moyen de fixer une date de VAD et de faire le point sur les possibilités de la personne.

E4 et E2 évoque spontanément le fait de "réserver un véhicule" ou de faire appel à un service d'ambulance en fonction des capacités de la personne. Ces notions sont abordées après relance par les autres professionnels. E2 souligne par la même occasion la possibilité que "d'autres professionnels [l'accompagnent] comme le kinésithérapeute ou l'assistante sociale pour un regard croisé".

Enfin, pour E1, avant de réaliser la visite à domicile une "recherche documentaire, en lien avec les revendeurs de matériels médicaux sur certaines aides techniques, certains aménagements" est effectué si la description de l'environnement vis-à-vis des capacités du patient laisse, dès le départ, présager d'un quelconque aménagement. De même, il lui arrive de "contacter des architectes ou des sociétés pour essayer du matériel à l'hôpital".

Ainsi, la préparation de la visite à domicile permet d'assurer, le moment venu, sa qualité et de déterminer les objectifs de cette visite. Mais, un travail d'aval est réalisé par les ergothérapeutes qui se servent des observations faites lors de cette activité pour préparer le retour à domicile et rendre l'environnement sécurisant et accessible à la personne victime d'un AVC.

2.3.2 *Ce qui suit la visite à domicile*

Le compte-rendu de visite à domicile est l'élément cité le plus spontanément par l'ensemble des ergothérapeutes. Pour E1 et E5, ce compte-rendu est à destination du patient, de sa famille et du médecin (éventuellement par le biais du dossier médical). E5 le transmet également à l'assistante sociale. E4, pour sa part, le communique seulement au patient. E5 précise que ce document comprend une conclusion avec "une liste de matériel qui est préconisé ou des aides humaines qui sont préconisées". E1 y mentionne aussi la situation du logement avec "des photographies, des mesures, des plans". La recherche d'aides techniques ou d'aménagements spécifiques peut également être effectuée à ce moment-là. En effet, pour E1, cela peut se faire aussi bien "en amont qu'en aval de la visite à domicile". Au contraire, pour E5, la visite à domicile est vraiment "un moyen de se rendre compte" des difficultés de la personne dans son environnement et en ce sens, les aides techniques seront essayées pendant ou après la VAD. Elle ajoute que cela est faisable car "la sortie ne se fait pas immédiatement" après la VAD ce qui laisse une marge de manœuvre pour réaliser des essais. Les ergothérapeutes évoquent d'ailleurs le travail de collaboration mis en place avec les revendeurs de matériel médical. Parfois, des essais peuvent être réalisés pendant la visite à domicile mais souvent ils le sont après, dans le centre de rééducation. Pour E1, E3, E4 et E5 peuvent commander le matériel médical pour le patient avec son accord. E2 souligne qu'il est préférable de réaliser les essais du matériel comme les "aides au transfert" en présence non seulement du patient mais des aidants souvent familiaux pour qu'ils puissent s'approprier ces outils. D'autres professionnels rentrent en jeu tels que des professionnels du bâtiment ainsi l'évoquent E2 et E3. E4 a également eu l'occasion de dialoguer avec des "bailleurs sociaux" pour la mise en place d'aménagements. E1 souligne la collaboration "d'aspect plus médical" qui s'effectue à travers la transmission des informations recueillies à l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle et notamment auprès de "l'assistante sociale", du "kinésithérapeute" ou de l'équipe soignante. Ainsi, pour E1, E2, E3 et E4, la visite à domicile peut permettre de "ré-affiner" (E4) voire d'apporter de nouveaux éléments à rééduquer dans les séances comme la montée ou descente de marches sans rambarde. E2 précise que la visite à domicile permet de "rendre plus concrets" les séances de rééducation et de "faire du lien" avec la vie quotidienne, favorisant de ce fait l'implication du patient. Pour les ergothérapeutes interrogées, le réajustement dans la rééducation se fait en lien étroit avec les autres rééducateurs. Pourtant, d'après E5, la visite à domicile ne donne pas l'occasion d'élaborer ou de réajuster des objectifs de rééducation car "la visite à domicile se fait souvent sur la fin du séjour" ce qui ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre.

Ainsi, la visite à domicile implique, de la part de l'ergothérapeute, un travail en amont (échange avec le patient, sa famille et l'équipe) et en aval (rédaction d'un compte-rendu, recherche d'aides technique et prise de contact en lien avec les difficultés observées et mise en commun des informations pour adapter la prise en charge). La réalisation de ces tâches s'ajoute à celles de rééducation et nécessite de ce fait de s'organiser.

2.4 L'organisation de l'ergothérapeute

2.4.1 *Quelle organisation lors de l'aménagement du domicile ?*

Chaque ergothérapeute a mis en place des stratégies pour pouvoir réaliser les « activités indirectes ». E1 n'a pas de temps officiel pour réaliser ces tâches mais de façon générale, elle les effectue « en fin ou en début de journée, pendant les temps un peu « off » sans suivi de patient ». E4 adopte la même stratégie à la différence que le temps qu'elle dégage est plus systématique et officiel. Quoiqu'il en soit, elle « garde les séances du patient ». Par ailleurs, son organisation passe par la mise en place de priorités : « C'est priorité 1 : la rééducation du patient, priorité 2 : le temps administratif pour le patient et priorité 3 : tout ce qui est administratif pur comme le PMSI par exemple. ». Les ergothérapeutes E2 et E3, qui travaillent dans le même service ont essayés plusieurs stratégies pour favoriser leur organisation. E2 explique qu'elles avaient pour principe « d'annuler des séances de rééducation sur place » du patient pour faire les activités indirectes. Mais, elles se sont « rendues compte que ça ne fonctionnait pas puisque souvent le patient est en doublon avec quelqu'un d'autre. On ne va pas annuler la séance [de la deuxième] personne : ce n'est pas très bien compris, pas très bien vécu ». Ainsi, E2 comme E3 détaillent leur nouvelle stratégie qui est de « s'isoler des « temps de réadaptation » [qui correspond à] une demi-journée par ergothérapeute par semaine ». D'après E2, « cette demi-journée n'est pas suffisante ». Par ailleurs, E3 « peut être amenée à supprimer une séance au patient » en lui expliquant pourquoi. Selon elle cela est « bien accueilli ». E5, quant à elle, partage sa journée en deux : « le matin, il y a les séances de rééducation et l'après-midi est réservée aux temps d'installation au fauteuil par exemple ou à faire des comptes-rendus, contacter des revendeurs etc. ».

Ainsi, pour répondre à l'ensemble des missions nécessaires à l'aménagement du domicile et pour accompagner le patient vers un retour à domicile, les stratégies d'organisation utilisées et leur formalisation sont variables selon les ergothérapeutes et leur lieu

d'exercice. Pour compléter cet axe de réponse, il est pertinent de connaître les outils et moyens à disposition de l'ergothérapeute et ceux qui leur sembleraient pertinents à utiliser.

2.4.2 *Les moyens facilitateurs*

Selon E1, qui exerce dans un SSR avec cinq autres ergothérapeutes équivalents temps-plein, il est important d'avoir davantage d'ordinateurs car ils n'en n'ont qu'un à leur disposition. Elle ajoute que d'avoir un « nombre de personnes suivies moins important » lui offrirai plus de possibilités pour pouvoir se dégager du temps. Elle évoque également la pertinence d'avoir une tablette tactile pour retranscrire directement pendant le VAD certaines informations et intégrer les photographies prises en simultané. Elle n'a pas évoqué de moyens, d'ores et déjà à sa disposition, qui faciliteraient son organisation.

Pour E2 « avoir du temps dédié est vraiment important », elle considère qu'il faudrait envisager de se dégager « une journée par semaine ». Cet avis est partagé par E3. Par ailleurs, E2 pense que « l'arrivée des smartphones avec lesquels on peut prendre des photos et faire des côtes » est facilitateur tout comme l'utilisation de logiciels tel que « SweetHome 3D, logiciel gratuit […] qui donne des plans beaucoup plus professionnels et [avec lequel] ça va plus vite car il suffit de rentrer les côtes ». Globalement elle pense que l'évolution de l'outil informatique aide à l'organisation et au gain de temps. Toujours selon E2, le fait que les ergothérapeutes de son service aient des tablettes semble être aidant. De même, développer les partenariats entre les revendeurs de matériel médical pour avoir un stock conséquent d'aides techniques améliore l'organisation et lui « évite de courir après ».

De plus, le service dans lequel exercent E2 et E3 « fait appel à des sociétés [dans lesquelles] des maîtres d'œuvre viennent [pendant la VAD] pour voir ce qui est possible de faire sur le plan architectural. » Selon E2, cela offre un gain de temps d'autant plus que « c'est le maître d'œuvre qui va demander plusieurs devis ». Toutefois, elle souligne le fait de ne pas avoir un ordinateur par ergothérapeute ce qu'elle considère comme étant un obstacle.

E4, jeune ergothérapeute diplômée, se sent « autonome dans l'organisation de ses journées » et pense être assez efficace mais, selon elle, l'acquisition d'un appartement de simulation serait bénéfique car il « permettrait de faire des mises en situation plus ciblées et [de gagner] du temps pour avoir quelles sont les aides à préconiser ». Elle souligne

également le fait que ce dispositif serait un moyen de gagner en qualité de préconisation. De son côté, E5 fait exclusivement part de son organisation en terme de planification de journée.

Enfin, il faut préciser que les ergothérapeutes pour qui il serait nécessaire d'investir dans du matériel comme c'est le cas de E1, E2 et E4 ont conscience de la difficulté à mettre en place de tels moyens dans la conjoncture économique actuelle. Toutefois, elles signalent l'importance de mettre en place des stratégies pour améliorer leur organisation et la réalisation de ces activités.

Pour conclure, ces entretiens mettent en exergue les moyens facilitant l'organisation. Le fait de se dégager du temps semble indispensable tout comme le matériel informatique. Par ailleurs, la collaboration en réseaux avec la réalisation de partenariat avec des professionnels extérieurs à la structure semble favoriser l'organisation de l'ergothérapeute lorsqu'il s'agit d'aménager le domicile. Malgré tous ces éléments facilitateurs, la préoccupation majeure des ergothérapeutes reste le temps, facteur à prendre en compte dans l'organisation.

2.4.3 *Les termes utilisés pour parler d'organisation*

L'organisation est principalement évoquée sous l'angle temporel par les ergothérapeutes. En effet, elles évoquent leur organisation par rapport aux temps dont elles disposent dans la journée. Cet aspect temporel leur semble également être une des clés favorisant leur organisation. E4 évoque en plus la notion de priorité dans son organisation et vis-à-vis du patient. En effet, elle a établi des priorités : "priorité 1 : la rééducation du patient, priorité 2 : le temps administratif pour le patient et priorité 3 : tout ce qui est administratif pur comme le PMSI".

Pour s'organiser, les ergothérapeutes interrogées élaborent ainsi divers stratagèmes en s'appuyant sur des éléments facilitateurs mis à leur disposition par l'institution mais sont avant tout demandeurs de temps afin de réaliser les activités indirectes qui leur incombent, activités dont elles ont des visions différentes.

2.5 La perception par les ergothérapeutes des activités indirectes

L'ensemble des ergothérapeutes ayant répondu à l'entretien perçoivent ces activités comme étant primordiales. E2 les évaluent même en terme de temps : pour une VAD, « c'est facilement 4 à 5h de travail [indirect] pour une heure/une heure et demie passée avec le patient ». Selon E1, elles enrichissent sa pratique car elles lui permettent de « se renseigner sur les aides techniques nouvelles ». Par ailleurs, ces activités indirectes l'aident à **personnaliser son accompagnement.** Cette idée est également reprise par E5 et par E4 pour qui la réalisation des activités indirectes est également **importante pour le patient, pour l'accompagner dans les démarches de retour à domicile**. Cependant, elle souligne l'aspect « chronophage » de ce travail.

Pour E2 et E3, ces activités sont perçues comme « réadaptatives ». Elles les définissent comme étant la « spécificité de l'ergothérapeute » et comme étant la « plus-value » de la profession. D'après E2, ces activités confèrent **de la qualité à l'accompagnement du patient et à son retour à domicile et permettent « d'œuvrer pour la réinsertion sociale et professionnelle de la personne »**. Toutefois, elle signale qu'il est important de « bien les identifier et […] les expliquer au patient […] dès le départ » afin qu'il en perçoive l'intérêt et qu'il prenne en compte le fait que « ce n'est pas parce que [l'ergothérapeute] n'est pas présent à côté d'eux, [qu'il] n'œuvre par pour leur réinsertion sociale et professionnelle. »

E3 met l'accent sur le fait que la profession tend peut-être à s'orienter davantage vers de la réadaptation avec des temps indirects de plus en plus importants ce qu'elle revendique car elle y voit une caractéristique propre de l'ergothérapie. E2 développe également cette idée et met en exergue le fait que cette augmentation de tâches indirectes à été prise en compte par le PMSI qui les « valorise ».

Dans le cas d'E1, E4 et E5 les activités indirectes sont plus souvent évoquées comme des activités «administratives»

Enfin, E1 déplore le manque de « moyens matériels et temporels » pour effectuer ces activités ce qui selon elle impacte négativement la qualité de ses préconisations car elle n'a pas « le temps de personnaliser au mieux par rapport aux problématiques qui se pose à [elle] ».

En somme, toutes les ergothérapeutes consultées confèrent une très grande importance aux activités indirectes dans l'accompagnement de la personne vers un retour à domicile. Souvent vécues comme accaparantes en termes de temps, elles n'en restent pas moins enrichissantes. Certaines leur accordent ainsi une valeur de réadaptation même si, pour d'autres, elles sont désignées sous un angle d'administratif.

3 Discussion

Rappelons que ce travail porte sur la façon dont l'ergothérapeute organise son intervention vis-à-vis des activités indirectes en lien avec l'aménagement du domicile d'un patient cérébro-lésé suite à un AVC.

En premier lieu, je rappellerai mes objectifs de recherche et mon hypothèse puis les notions abordées par les professionnels seront comparées aux éléments mis en avant lors de ma recherche théorique et dans mon hypothèse. Cela me permettra ensuite de valider ou non mon hypothèse. Puis j'évoquerai les éléments nouveaux qui sont ressortis des entretiens et qui enrichissent ma réflexion. Enfin, je ferai le point sur les limites de la méthodologie employée et sur ce que j'améliorerai si je devais poursuivre cette recherche.

3.1 Rappel des objectifs de recherche et de l'hypothèse émise

En réalisant ce mémoire d'initiation à la recherche, je voulais comprendre la spécificité de la pratique des ergothérapeutes lors de l'aménagement du domicile et la façon dont ils organisent leur intervention auprès de la personne victime d'AVC dans le contexte particulier de l'environnement institutionnel. Je souhaitais également évaluer l'importance des activités indirectes liées à un aménagement de domicile pour le patient et dans la pratique de l'ergothérapeute et comment celles-ci s'inscrivaient dans l'intervention de l'ergothérapeute auprès du patient victime d'un AVC.

Après avoir construit mon cadre théorique, j'ai pu formuler l'hypothèse suivante :

Pour permettre le retour à domicile du patient victime d'un AVC, l'ergothérapeute est amené à consacrer des séances pour réaliser les activités indirectes nécessaires à la mise en place de l'aménagement du lieu de vie.

3.2 Synthèse des résultats

Les informations recueillies auprès des ergothérapeutes lors des entretiens vont être confrontées et comparées aux données de la littérature. Dans un premier temps, les activités indirectes liées à la visite à domicile seront abordées. Une analyse de l'organisation vis-à-vis de ces activités sera alors réalisée. Nous évoquerons les éléments facilitateurs et les obstacles à prendre en compte dans l'organisation de cette intervention qui sont à la fois le fait l'institution mais aussi de l'ergothérapeute et du patient qu'il suit. Les nouveaux éléments évoqués par les professionnels qui sont enrichissants pour ma recherche seront également développés tout au long de cette analyse.

L'étude du référentiel d'activités de l'ergothérapeute a permis d'établir l'ensemble des activités à réaliser pour aménager le domicile d'un patient. Les activités fondamentales qui y sont citées sont également mentionnées par les ergothérapeutes lors des entretiens. Les articles de Charrier-Casado et al. (2001) et Blond (2015) donnent un aperçu de la chronologie des activités à réaliser par les professionnels autour de la visite à domicile, moyen central de l'aménagement du lieu de vie. Les éléments recueillis en pratique ne reflètent pas toujours ce que dit la littérature. En effet, il arrive par exemple à E1 de prendre contact avec des revendeurs de matériel médical ou avec des professionnels du bâtiment en amont de la visite à domicile. L'organisation dans le temps de l'intervention peut donc être différente selon les ergothérapeutes.

Globalement, la visite à domicile est organisée et préparée avec le patient, son entourage et l'équipe pluri-professionnelle comme précisé dans la littérature. Cet aspect semble primer pour toutes les ergothérapeutes interrogées qui consultent le patient et sa famille pour connaître l'environnement architectural et l'équipe pour mesurer les capacités de la personne.

Anticiper le besoin en aides techniques sur le lieu de vie et réserver un moyen de transport n'arrive qu'en second plan dans la préparation de la visite à domicile pour les ergothérapeutes rencontrées.

D'après les entretiens, les suites de la visite à domicile sont davantage marquées par la pratique d'activités indirectes nécessaires à la préparation du retour à domicile du patient. Il est intéressant de noter que la réalisation du compte-rendu de visite à domicile et la prise de contact avec les professionnels extérieurs comme les revendeurs de matériel médical

sont les éléments évoqués en premier lieu. Ces activités font partie intégrante de l'aménagement du domicile comme cela est relaté dans le référentiel d'activités de l'ergothérapeute.

E4 a souligné positivement le fait qu'elle était "autonome" dans l'organisation de ses interventions. Je me suis donc intéressée à l'autonomie professionnelle de l'ergothérapeute comme l'entend Warchol (2007) c'est-à-dire la possibilité pour le professionnel de "faire des choix, [de] décider en tout conscience [et de] prendre des initiatives". Ainsi, l'autonomie professionnelle est-elle un élément central de l'organisation ? Est-elle un élément facilitateur ou bien un obstacle ?
Jeanguiot (2006) a réalisé une étude sur la pratique des infirmiers et leur degré d'autonomie professionnelle. Celui-ci s'exprime à travers le "rôle propre" de l'infirmier qui comprend sa "prise d'initiatives" et sa "responsabilité". La liberté d'agir de l'infirmier s'illustre à travers la "démarche de soins" qui résulte d'une "analyse de la situation du patient" et qui permet "d'organiser" l'intervention. Mais, si ce "rôle propre" est une expression de l'autonomie professionnelle, il est à associer à un "rôle sur prescription" qui est déterminé par le corps médical. L'ergothérapeute agit lui aussi sur prescription médicale. En général, celle-ci est formulée en termes d'objectifs et non de moyens. Ainsi, il semble que l'ergothérapeute ait un espace d'actions lui permettant de répondre aux objectifs prescrits. Si tel est le cas, il pourra utiliser les moyens qui lui semblent les plus pertinents et organiser son accompagnement de la façon la plus efficace possible afin, par exemple, de remplir l'objectif de retour à domicile de la personne. Mais, comme le mentionne Warchol (2007), l'autonomie professionnelle s'inscrit dans un "cadre bien déterminé constitué par [...] des règles institutionnelles" qui sont des "marges d'initiatives". L'autonomie professionnelle est donc dépendante de l'institution mais demande aussi au professionnel, ici à l'ergothérapeute, de puiser dans ses ressources en mettant "en œuvre [ses] compétences afin de faire face aux situations rencontrées". C’est pourquoi, le degré d'autonomie laissé au thérapeute par l'institution est un élément conditionnant l'organisation d'une intervention.

Les ergothérapeutes parlent de l'organisation de leur intervention surtout en termes de gestion du temps. En effet la plupart élabore des stratégies, souvent en lien avec l'institution, pour effectuer les activités indirectes de l'aménagement du domicile. Dans

certaines structures, une demi-journée dite de "réadaptation" est accordée aux ergothérapeutes chaque semaine. Ce laps de temps est libéré de façon quotidienne pour une autre ergothérapeute afin qu'elle réalise ces activités en plus des installations au lit et au fauteuil des patients hospitalisés. Enfin, deux des ergothérapeutes prévoient du temps à cet effet en début et fin de journée. D'autres part, l'organisation est perçue comme essentiellement temporelle parce qu'elle doit s'adapter à une hospitalisation limitée dans la durée. Cela est évoqué comme une contrainte importante par E3 même si E5 souligne que la durée de séjour peut être modifiée selon la situation notamment sociale de la personne.
Mais, les ergothérapeutes s'appuient aussi sur des moyens matériels tels que les ordinateurs, les logiciels ou les tablettes tactiles pour organiser leur intervention. D'autres méthodes sont employées : comme l'indiquent E2 et E3, collaborer avec différents revendeurs de matériel médical et mettre en place des prêts permet d'avoir toujours à disposition les aides techniques les plus utilisées et d'en posséder certaines plus spécifiques. Cela favorise l'organisation logistique et évite la venue d'un fournisseur lors de la visite à domicile. Aussi, il semble que la mise en place de réseaux peut être une compétence bénéfique à l'organisation de l'intervention de l'ergothérapeute. Toutefois, pour des raisons légales, un tel dispositif ne peut s'instaurer que si la prise de contact avec les revendeurs est multiple. Pour une analyse plus complète, précisons que les moyens à disposition des ergothérapeutes rencontrées ne sont pas les mêmes en termes de quantité et de nature selon l'institution dans laquelle elles exercent. Cela tend à démontrer le rôle prépondérant de l'institution dans l'organisation de l'intervention de l'ergothérapeute ce qui renvoie aux propos développés par Dujarier (2006).

Pourtant, malgré cette réalité inégale, l'ensemble des ergothérapeutes s'accorde à dire que les activités indirectes sont primordiales pour le patient. Elles doivent être davantage prises en compte dans le but d'obtenir plus de moyens. Mais cela ne peut se faire que par une explicitation de l'intérêt de ces activités indirectes auprès du patient, de l'institution et de l'équipe. C'est là que le constat de Richard et al. (2012) s'avère intéressant puisqu'il indique que les ergothérapeutes n'ont pas tous la même vision de leur profession ce qui ne permet pas d'uniformiser sa définition et rend difficile la perception par autrui de ce qu'est précisément l'ergothérapie. Harmoniser les représentations et les pratiques pourrait aider à la reconnaissance de ces activités indirectes.

E3 pense que la quantité des activités indirectes est amenée à augmenter dans la pratique de l'ergothérapeute. Je m'interroge sur la tournure que cette évolution de pratique pourrait prendre. Dans un tel cas de figure, la place de rééducateur de l'ergothérapeute serait-elle aussi importante qu'aujourd'hui ? Par ailleurs, serait-il envisageable de réaliser certaines activités indirectes en présence et en collaboration avec le patient ? En effet, cela le rendrait encore un peu plus acteur de son projet de vie et pourrait être un apport pour l'ergothérapeute car comme le disent Trouvé et al. (2015), le patient "devient "expert" de sa situation". De cette manière, la réalisation des activités indirectes constituerait un soutien à l'accompagnement du patient victime d'un AVC en permettant le maintien de sa motivation et en limitant les risques de dépression post-AVC.

3.3 Vérification de l'hypothèse

Ma partie expérimentale semble invalider mon hypothèse. En effet, lorsque les ergothérapeutes doivent réaliser les activités indirectes liées à l'aménagement du domicile, elles ne suppriment pas une ou plusieurs séance du patient concerné. Elles expliquent cela part le fait qu'elles ont plusieurs patients en même temps dans une même heure. Ainsi, elles conservent un temps spécifique à la réalisation de ces activités. Cette période est dépourvue de séances avec le patient.

3.4 Limites de la méthode

La méthode utilisée pour réaliser cette enquête comporte certaines limites qu'il est nécessaire de soulever ici.

Tout d'abord, les entretiens réalisés auraient pu être plus exhaustifs, en effet, certaines notions n'ont pas suffisamment été abordées. Bien que mon travail de recherche soit axé sur la pratique de l'ergothérapeute et sur la façon dont il organise son intervention, la place du patient ne doit pas être éludée car c'est de lui dont dépend la pratique. Or, mes entretiens se focalisent trop sur la façon de faire de l'ergothérapeute et pas assez sur ce que cela implique pour le patient ni sur la façon dont le patient régule l'organisation de l'ergothérapeute. Cet aspect constitue donc la principale limite de ma recherche dans la mesure où l'ergothérapeute à une vision centrée sur le patient. Ainsi, l'analyse des résultats n'a pas pu être enrichie par l'apport de la personne dans l'organisation de travail de l'ergothérapeute. De même, l'ajout de questions en lien avec l'institution notamment pour

savoir le nombre de patients que les ergothérapeutes suivent chaque jour aurait été bénéfique. J'aurais également pu inciter les professionnels à plus expliciter le retentissement bénéfique ou non des activités indirectes pour le patient victime d'un AVC.

En outre, les ergothérapeutes rencontrées n'ont pas toutes la même expérience professionnelle en termes d'ancienneté et en termes de réalisation de visites à domicile. Cela constitue un biais dans l'analyse des résultats puisque l'organisation de travail est conditionnée par les facteurs personnels de l'ergothérapeute dont l'expérience fait partie. Il aurait donc été préférable de cibler davantage la population d'ergothérapeutes en fonction de l'ancienneté de leur pratique. Par ailleurs, la méthodologie utilisée pour contacter les ergothérapeutes représente un biais car j'en connaissais certaines et j'en ai rencontré d'autres via les recommandations de professionnels ou de camarades de promotion. Ainsi, bien que les entretiens soient anonymes, on peut se questionner sur la liberté des ergothérapeutes à y répondre.

En m'entretenant avec deux ergothérapeutes exerçant dans la même structure je souhaitais d'ailleurs évaluer l'importance de l'impact des facteurs personnels de l'ergothérapeute dans son organisation de travail. Au vu des réponses semblables que celles-ci m'ont apportées, je m'interroge sur la pertinence de ce choix. Si l'on se réfère à cet exemple-ci, il apparait que l'institution a sans doute un rôle important dans la façon dont l'ergothérapeute travaille à moins que ce ne soit l'inverse.
Par ailleurs, le fait que certaines questions aient dues être reformulées montre qu'il aurait été préférable de prévoir différentes formulations.
Enfin, bien que cela soit plus complexe à mettre en place, mes entretiens auraient pu être complétés d'une phase d'observation des pratiques sur plusieurs journées. De ce fait, cela m'aurait permis de quantifier, surtout en terme de temps puisque c'est un élément mis en avant par les ergothérapeutes, des activités indirectes.

Conclusion :

Ce mémoire a été une occasion de mettre en avant les éléments vecteurs d'une optimisation de l'organisation de l'ergothérapeute et ses freins.

Indispensable dans le milieu professionnel, l'organisation peut être perçue de plusieurs façons et impactée par divers facteurs. Ce travail a abordé l'aspect organisationnel à travers la réalisation d'activités indirectes liées à l'aménagement du domicile. Les entretiens semi-directifs montrent que les ergothérapeutes mettent en place des stratégies favorisant l'organisation de leur intervention lors d'un aménagement du domicile.

En réalisant ce mémoire j'ai aussi été amené à prendre conscience de l'importance qu'a le positionnement professionnel dans l'organisation de l'intervention de l'ergothérapeute. Ainsi, en tant que future ergothérapeute, il me semble capital de valoriser la réalisation des activités indirectes pour améliorer l'organisation qui en découle.

A travers les entretiens réalisés, j'ai pu élargir ma réflexion. Selon les ergothérapeutes, il semble également important d'effectuer les activités indirectes pour mettre en place l'aménagement du domicile. En effet, elles constituent une part conséquente du travail de l'ergothérapeute et influencent, à ce titre, profondément l'organisation de sa pratique. Ainsi, dans l'éventualité où la quantité d'activités indirectes augmenterait comme cela a été évoqué, je me questionne sur l'évolution que prendra la profession : aura-t-on prochainement affaire à une spécialisation des ergothérapeutes dont certaines deviendraient spécialistes de la réadaptation et d'autres de la rééducation ? Et quel serait l'impact d'un tel changement dans l'accompagnement du patient cérébro-lésé ?

Enfin, j'aimerais souligner l'apport de la littérature dans la rédaction de ce travail. Alors que l'ergothérapie se situe à l'intersection de plusieurs disciplines, étudier d'autres domaines comme la sociologie du travail a été très enrichissant et a permis de nourrir ma réflexion.

Bibliographie :

Ouvrages :

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, (2016) CSARR : Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation. En ligne http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2845/csarr_2016.pdf (consulté le 20 avril 2016).

Castelein, P. (2015) Habitudes de vie et participation sociale : un autre regard sur l'activité humaine, dans M-C. Morel-Bracq (dir), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*, p.217-234. Paris : De Boeck-Solal.

Charrière, C. (2007). Cahier pratique 1. Aides techniques et aménagement du domicile (Escavie), dans P. Dreyer et B. Ennuyer (dir.), *Quand nos parents vieillissent*, p.225-300. Autrement, coll. « Mutations ».

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2013) Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées, p.73-90. Lens : La Centrale.

CRAMIF et CNAV. (2007). Cahier pratique 2. Des conseils pour se repérer dans les aides financières, démarches administratives, institutions, dans P. Dreyer et B. Ennuyer (dir.), *Quand nos parents vieillissent*, p.225-300. Autrement, coll. « Mutations ».

Croisiaux, C. et al. (2011). Etude sur les besoins et attentes des personnes présentant une lésion cérébrale acquise et de leur entourage, p.28-45. Bruxelles : nc.

De Morand, A. (2014). Le patient hémiplégique, dans De Morand A. (dir.), *Pratique de la rééducation neurologique*, p.1-76. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Djaoui, E. (2004). *Intervenir au domicile*, p.1-227. Rennes : ENSP coll. « Politiques et interventions sociales ».

Morin, C. et Bruguière, P. (2009). Les hauts et les bas du moral. Aspects psychologiques de l'AVC, dans C. Morin (dir.), *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral*, p.125-134. Montrouge : John Libbey Eurotext.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*, p.170-171. Paris : Dunod.

Articles :

Association Luxembourgeoise des Ergothérapeutes Diplômés, (2005). Nomenclature des ergothérapeutes diplômés : Agir = besoin fondamental de l'Homme. p.12-14. En ligne http://www.aled.lu/fileadmin/documents/nomenclature.pdf (consulté le 6 octobre 2015).

Blond, H., (2015) La visite préalable au retour à domicile. *Soins gérontologie*, n°113, p. 20-22.

Brard, A.-L. et Manson, M. et al. (2007). La réinsertion sociale et professionnelle précoce: le réseau Comète France, dans *4ème Journée d'Ergothérapie de Garches De l'hôpital au lieu de vie : l'ergothérapeute dans le processus de réinsertion sociale, scolaire et professionnelle*. p.54-59.

Charrier-Casado, A. et Mion, M.-P et Lyard, S. (2001). Visiter el domicile pour l'aménager. *ErgOThérapies*. N°1. p. 33-35.

Coquelet F. et Valdelièvre H., (2011). Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. *DOSSIERS Solidarité et Santé*, n°23.

De Peretti, C., Chin, F., Nicolau, J., InVS France Woimant et SFNV. (2009). Accidents vasculaires cérébraux : État des lieux : apports du PMSI MCO et du PMSI SSR (Annexe 11), in La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. En ligne http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_annexe_11.pdf (consulté le 10 mai 2016).

Dujarier, M.-A. (2006) La division sociale du travail d'organisation dans les services. Nouvelle revue de psychosociologie 2006/1 (n° 1), p. 129-136.

Ecole Supérieure de Travail Social, (2011) *Manières d'habiter : et évolution des pratiques professionnelles dans différents champs du (travail) social. Qu'est-ce que le domicile ?*, p.1-4. En ligne http://www.etsup.com/IMG/pdf/4P_Maniere_d_habiter_semi1_V3_200911.pdf (consulté le 20 février 2016).

Lacombe, V., (2011), Analyse de l'organisation et de la gestion du temps des gestionnaires à travers les tâches et les activités: une étude terrain d'un centre hospitalier. Mémoire de maîtrise en administration des affaires, Université du Québec, Montréal.

Poriel, G., (2014), L'ergothérapie comme levier de la participation sociale des personnes en situations de handicap. Mémoire de maîtrise en Situations de handicap et participation sociale, Rennes.

Edusanté, (2008) *La vie quotidienne après un AVC*, p.4-5. En ligne http://www.franceavc.com/bibliotheque/files/la_vie_quotidienne_apr_s_un_avc_784522.pdf (consulté le 10 mars 2016).

Groupe Régional AVC Provence Alpes Côte d'Azur, (2012). *Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : Prise en charge d'aval*, p.4. En ligne http://www.orupaca.fr/documents/Documents/BPF_AVC_PRISE_EN_CHARGE_AVAL_V1.0_01.pdf (consulté le 9 mars 2016).

Haute Autorité de Santé. (2010). Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral . *Programme AVC 2009-2014*. Saint-Denis.

Haute Autorité de Santé. (2006). Evaluation des pratiques professionnelles rapport de l'expérimentation nationale audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/psp_-_rapport_final.pdf (consulté le 19 février 2016).

Hercberg, E., (1996). Le rôle clef de l'ergothérapeute, dans *Actes du Colloque HANDITEC 1996 : Vie à domicile des Personnes Handicapées et Personnes Agées Dépendantes*. En ligne, http://www.handroit.com/Colloques/textes/T05061996HERCBERG.pdf (consulté le 19 février 2016).

Jeanguiot, N., (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières, *Recherche en soins infirmiers*, 2006/4 N° 87, p. 75-135. DOI 10.3917/rsi.087.0075.

Morel-Bracq, M.-C., (2016). La recherche qualitative en ergothérapie : Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Quel peut-être son intérêt en ergothérapie ?. *ErgOThérapies*, n°60, p.69-71.

Richard, C. et Colvez, A. et Blanchard N., (2012) Etat des lieux de l'ergothérapie et du métier d'ergothérapeute en France. Analyse des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes et réflexion pour l'avenir du métier. *ErgOThérapies*, n°48, p.37-46.

Société Scientifique de Médecine Générale, (2003). La prise en charge des patients souffrant d'accident vasculaire cérébral, p.27. En ligne http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/RBP_AVC.pdf (consulté le 8 mai 2016).

Trouvé, E. et Offenstein, E. et Agati, N., (2015) L'ergothérapeute de demain en France. *ErgOThérapies*, n°59, p. 5-11.

Warchol, N., (2007) La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 2007/4 N° 91, p. 76-96. DOI 10.3917/rsi.091.0076.

Wirotius, J-M. et al., (2003) Le sens de la sortie en réadaptation : la fin d'un séjour hospitalier. *Journal de réadaptation médicale*, 23 n°2-3, p. 66-73.

Wirotius, J-M. et Pétrissans J.-L., (2005) Dépression en rééducation. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-550-A-10, p. 1-22.

Textes législatifs et recommandations :

ANAES, (2004). Les recommandations de la conférence de consensus : Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique p.6. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dp_retour_domicile_adulte_handicape.pdf (consulté le 30 mars 2016).

ANAES., (2003). Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : stratégies et organisation. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/AVC_Retour_Recos.pdf (consulté le 11 février 2016).

ANAES, (2001). *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé préparation de la sortie du patient hospitalisé.* p. 15. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001.pdf (consulté le 10 février 2016).

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, (2008). Annexe 3 : Fiches de prises en charges spécialisées en SSR. *Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l' activité de soins de suite et de réadaptation*. En ligne http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18785.pdf (consulté le 10 mai 2016).

Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer, (2012) Exonération de TFPB (taxe foncière sur les propriétés bâties). En ligne, http://www.developpement-durable.gouv.fr/Exoneration-de-TFPB-taxe-fonciere,28830.html (consulté le 8 mai 2016).

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports, (2010). Annexe I : Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute : Référentiel d'activités in *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute,* p.170-176.

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, (2008). Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. En ligne https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&categorieLien=id (consulté le 2 janvier 2016).

Ministère de la santé et des sports, (2008). *Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière,* p.17. En ligne http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie_ergotherapeute.pdf (consulté le 10 mars 2016).

Ministère de la santé et des sports, (2009). La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Synthèse du rapport à Madame la ministre de la santé et des sports, p.3. En ligne social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_synthese_seule_rapport_final_-_vf.pdf (consulté le 10 mars 2016).

Webographie :

Agence de la Santé Publique du Canada (2010). Effets d'un AVC. En ligne http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/stroke-accident_vasculaire_cerebral/effects-effets-fra.php (consulté le 2 mai 2016).

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, (2013). Présentation : Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite et de réadaptation (PMSI SSR). En ligne http://www.atih.sante.fr/ssr/presentation (consulté le 20 avril 2016).

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, (nd). Aménagement. En ligne, http://www.cnrtl.fr/definition/am%C3%A9nagement (consulté le 5 mars 2016).

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, (2013). AVC - Accident Vasculaire Cérébral. En ligne http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral (consulté le 19 février 2016).

Fougeyrollas, P. (site du Réseau International sur le Processus de Production du Handicap), (2010). Les habitudes de Vie. En ligne http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/les-concepts-cles-du-mdh-pph/les-habitudes-vie (consulté le 30 mars 2016).

Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile de France, (2009). *Soins de suite et réadaptation fonctionnelle cahiers des charges SSR adultes :Socle commun général (adultes et enfants) - Cahiers des charges spécialisés adultes.* En ligne http://www.fhp-ssr.fr/sites/default/files/cahier_charges_adulte_socle_commun_et_specialites_janvier_10.pdf (consulté le 20 avril 2016).

ANNEXES

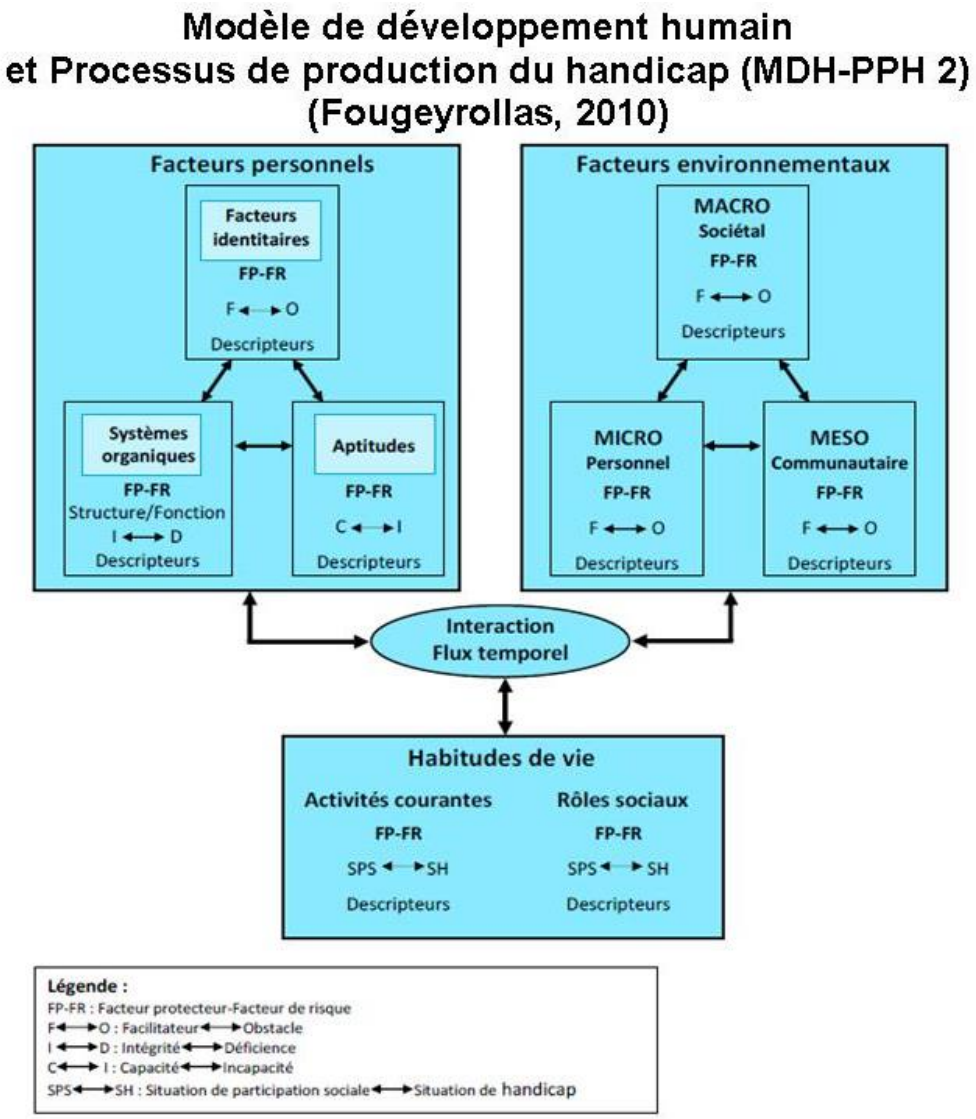
ANNEXE 1 : Schéma conceptuel du MDH-PPH2 (2010)……...……II

ANNEXE 2 : Guide d'entretien et objectifs……...…….……II

ANNEXE 3 : Tableau de présentation des résultats……IV

ANNEXE 4 : Entretien réalisé auprès de l'ergothérapeute E2……XIX

ANNEXE 1 : Schéma conceptuel du MDH-PPH2 (2010)



ANNEXE 2 : Guide d'entretien et objectifs

OBJECTIFS ET A PRIORI	QUESTIONS
RETOUR A DOMICILE DU PATIENT VICTIME D'UN AVC	
Critères : Motivation du patient et de la famille, Famille, Accessibilité du domicile (VAD)... Absence de trouble cognitif	Selon vous, quels sont les critères nécessaires pour envisager un RAD d'une personne victime d'un AVC ?

invalidant.	Dans votre pratique, à quel moment envisagez-vous le retour à domicile d'un patient ayant eu un AVC ?
AMENAGEMENT DU LIEU DE VIE	
Cette question permet d'évaluer la fréquence à laquelle un aménagement de domicile est réalisé. Il amène également l'ergothérapeute à définir ce qu'il entend par le terme « aménagement ».	Etes-vous souvent amené(e) à préconiser un aménagement de domicile suite à une VAD ?
LA VISITE A DOMICILE	
Réunion d'équipe - Bilans - Informations des familles - Préparation du matériel et de la voiture ou ambulance. Réalisation d'un compte-rendu - Contact avec les professionnels du bâtiment, du secteur social... - Coordination avec les travailleurs sociaux - Informer les familles. Ces deux questions amènent l'ergothérapeute à décortiquer ses actions à travers la visite à domicile et l'aménagement du domicile.	Qu'êtes-vous amené à faire pour préparer la visite à domicile du patient ? Lorsqu'il y a nécessité d'adapter le logement que ce soit avec des AT ou en réalisant des modifications du bâti, quelles sont les étapes et démarches qui suivent la VAD ?
L'ORGANISATION DE L'INTERVENTION DE L'ERGOTHERAPEUTE	
	Les éléments cités plus haut comprenant des activités réalisées sans la présence du patient, cela modifie-t-il l'organisation de

Ces questions apportent des réponses à ma question de recherche et permet de vérifier ou non mon hypothèse	votre intervention auprès du patient ? Quelles stratégies mettez-vous en place pour vous aider dans votre organisation ? Quels moyens matériels avez-vous à votre disposition u aimeriez-vous avoir pour favoriser l'organisation de cette intervention ?
Cette question a pour but d'évaluer l'importance que les ergothérapeutes donnent aux activités indirectes car cela est un élément déterminant dans l'organisation.	Enfin, quelle place accordez-vous aux activités réalisées sans la présence du patient liées à l'aménagement de logement, dans votre pratique ? Comment les percevez-vous ?

ANNEXE 3 : Tableau de présentation des résultats

A propos du retour à domicile de la personne AVC :

A quel moment est-il envisagé ?

E1	"Je considère que j'y réfléchis dès le départ si c'est le projet de la personne [...] après la visite à domicile elle se fera plus tard mais on va déjà commencer à y penser dans les objectifs et moyens de rééducation que l'on va mettre en place."
E2	"En fait, on y pense au moment où [...] on remplit le dossier du patient en ergothérapie. [...] A partir du moment où la personne verbalise le souhait de rentrer à son domicile, je commence à envisager le retour à domicile".
E3	"Moi j'en parle très tôt, dès le premier jour quand je présente mon métier [...] et

	j'évoque aussi le fait que la personne peut être amenée à passer des week-ends chez elle, ce que l'on encourage avant un retour définitif à domicile. [...] Après, savoir à quel moment ? Je dirais qu'on a des contraintes liées à la Santé qui font que maintenant le temps d'hospitalisation des personnes cérébro-lésées en temps plein est de 3 mois. Je dirais que par rapport à ces contraintes-là, je vais l'envisager rapidement mais aussi par rapport aux personnes qui ont envie de rentrer chez eux ! Donc la question du retour à domicile est précoce !"
E4	"On parle du RAD dès le départ avec le médecin, dès que les patients arrivent. Selon le degré de handicap de la personne et son entourage et le patient il décide très vit d'une date de sortie, parfois c'est dans la semaine d'admission, le patient va directement être en HDJ"
E5	"On l'envisage en équipe, en staff, avec le médecin. A ces occasions, on échange sur les patients. Quand on voit que l'on arrive au bout de la rééducation ou que le patient en a marre d'être ici et que de ce fait, les progrès diminuent. A cela, viennent aussi se mêler les durées de séjours... Cette partie-là est plutôt gérée par le médecin. Mais des fois il y a des patients qui restent très longtemps notamment pour des problèmes sociaux."

<u>Quels sont les critères à prendre en compte lors de la préparation du RAD ?</u>

E1	"Il y a le projet de vie de la personne, vraiment son désir de retour à domicile qui prime avant tout. Il faut savoir dans quelles conditions il l'envisage et puis si l'entourage est présent. Après c'est sûr qu'il faut évaluer la personne dans son environnement. Savoir si ses aptitudes, c'est pas toujours les aptitudes physiques qui vont poser le plus de problème mais je pense que c'est plus les aptitudes cognitives à mon avis qui peuvent mettre la personne le plus en difficulté. C'est vrai que si ya pas d'entourage proche ou pas d'aide de vie autour je pense que le retour à domicile s'il y a des troubles cognitifs trop importants, il est impossible alors que s'il y a uniquement des troubles moteurs il peut l'être sous réserve d'aménagement bien sûr. Moi en tant que thérapeute effectivement, je pense qu'il est plus hmm sage pour la personne que le domicile soit aménagé en fonction de ses activités. [...] Mais si le patient ne fait pas ce choix, moi je serai pas chez lui !"
E2	"C'est plusieurs choses qui s'imbriquent ensemble. C'est-à-dire que les capacités de la personne, l'environnement familial, l'environnement architectural évidemment et les revenus quand même aussi qui sont à prendre en considération et en fait l'adéquation de toutes ces choses-là font que on peut ou pas faire un RAD... enfin ! Le RAD il est quasiment toujours possible après les conditions de confort et de

	sécurité d'un RAD vont du simple au double ! Bien sûr, le souhait de la personne ça, c'est l'élément "number one""
E3	"Il faut prendre en compte l'entourage, il faut prendre en compte ses habitudes de vie et puis bien sûr il faut prendre en compte ses capacités quand même ! [...] Je trouve que les capacités sont quand même à prendre en compte parce que si on pense qu'à un moment elle est capable de les monter ces escaliers et bah autant attendre qu'elle sache le faire si ça prend pas un an bien sûr mais voilà ! Donc du coup pour moi, c'est les capacités et l'accessibilité."
E4	"Il y a plusieurs choses : l'environnement familial du patient, enfin surtout savoir s'il est entouré, savoir s'il va vivre seul ou s'il y aura sa famille qui pourra l'aider. Il faut connaitre aussi ses capacités motrices et cognitives. Et puis l'environnement, enfin l'appartement en lui-même. Savoir s'il est locataire ou propriétaire ? La motivation rentre énormément en compte. Par exemple, en ce moment, j'ai une dame qui a un AVC avec une hémiplégie droite et elle a peu de récupération motrice. Elle n'a pas de troubles cognitifs, elle est entourée. Elle voudrait rentrer au domicile mais en même temps elle a peur... en fait elle est fluctuante, elle ne veut pas se débrouillée seule donc en fait le RAD pose énormément de problèmes puisque comme sa motivation change, il faut toujours le prendre en compte dans la façon dont on va aborder le sujet."
E5	"Il faut prendre en compte ses capacités, d'une manière générale, savoir ce qui va influencer son autonomie : est-ce qu'il fait sa toilette ou participe à sa toilette ou si c'est une dépendance complète, auquel cas le patient est au lit. Il faut aussi prendre contact avec l'entourage, savoir si la personne vit seule ou si elle est encore avec son mari ou sa femme : ça va changer les choses. S'il y a des enfants qui sont présents ou pas. Et puis, on va vraiment essayer de faire le lien entre tous ces éléments et les capacités du patient. Sinon, en général, c'est le médecin qui après discussion avec la famille, nous demande de réaliser une visite à domicile ou pas. S'il y a une demande, si le projet du patient et de sa famille c'est un RAD : soit on estime que ce n'est pas du tout possible parce que le patient est trop grabataire, qu'il n'y a pas du tout de possibilités, ou que la famille ne fait pas la demande. Si le projet c'est une maison de retraite alors voilà on ne va pas aller contre le projet du patient et de la famille. Mais si le projet c'est un RAD et qu'on pense que c'est possible on va se renseigner dans un 2ème temps sur l'environnement architectural, donc on peut préparer le retour en adaptant des choses, en proposant du matériel."

L'aménagement du domicile

Définition

E1	"Pour moi, une aide technique c'est déjà un aménagement parce que c'est quelque chose que la personne n'avait pas besoin avant son hospitalisation, du coup avec une aide technique, la personne modifie déjà son environnement : elle l'aménage en fonction de ses capacités et de ses besoins. [...] pour moi, aide technique, modification du bâti et aussi l'aide humain sont des aménagements".
E2	"[L'aménagement], ça peut aller de déplacer des meubles, enlever certaines choses pour s'assurer de la sécurité de la personne, [...] libérer les circulations [...]. l'aménagement ça peut être aussi la proposition d'aides techniques et puis ça peut aller plus loin avec la proposition de changements du bâti".
E3	"Pour le terme aménagement, c'est vraiment changer des choses au domicile, faire des travaux. [...] Je fais la différence avec la préconisation d'aides techniques quand même."
E4	"Par aménagement, moi j'entends aides techniques, modifications architecturales et ça peut être aussi retirer des choses en fonction de la volonté du patient bien sûr, pour plus de sécurité".
E5	"Les aménagements peuvent aussi bien être des agencements ou le fait de changer les fonctions des pièces : aménager une pièce au rez-de-chaussée. ça comprend aussi des modifications du bâti mais c'est moins fréquent car ça demande de l'énergie. Et puis bien sûr il y a les aides techniques."

Fréquence d'une préconisation d'aménagement après une VAD

E1	"En général les aménagements, il y en a toujours"
E2	"C'est systématiquement que l'on apporte des modifications dans le lieu de vie de la personne"

E3	"Je trouve qu'on préconise quand même plus souvent des aides techniques [...] pour éviter de se lancer dans des travaux couteux."
E4	"On est souvent amené à préconiser des aides techniques ou conseiller les personnes dans l'agencement de leur intérieur. Après il m'est arrivé de faire quelques aménagements du bâti."
E5	On a souvent des aménagements en termes d'aides techniques comme un fauteuil roulant. Après 100% des VAD, il y a au moins des aides techniques de préconisé. Sinon c'est plus agencer des pièces mais rarement modifier le bâti.

La Visite à domicile :

Sa préparation :

Réponses données spontanément :

E1	"Il y a déjà le travail avec le patient et aussi avec la famille pour connaître précisément quelle est l'architecture du logement. Savoir aussi quelles sont les habitudes de vie antérieures et est-ce que ce seront des habitudes de vie postérieures qui seront envisagées après la visite à domicile. [...] Et puis il y a tout le lien aussi avec les équipes pour être parfaitement conscient, en lien avec le patient, de ce que le patient peut faire au niveau de ses activités de soins personnel. Il y a toute la potentielle recherche documentaire, en lien avec les revendeurs de matériels médicaux sur certaines aides techniques, certains aménagements enfin s'il y a des problématiques qui s'imaginent déjà avant le retour à domicile [...]. On peut aussi potentiellement contacter des architectes ou des sociétés pour intervenir ou pouvoir essayer du matériel avant, à l'hôpital. [...] Eventuellement après avoir fait les essais à l'hôpital on pourra faire des essais aussi au domicile."
E2	"J'essaie de me faire une idée à travers l'entretien, de me faire une image de l'appartement en questionnant le patient. Souvent, je rencontre la famille ou les personnes qui vont être présentes, [...] je les ai au moins au téléphone pour préparer l'arrivée, pour expliquer pourquoi je viens, savoir qui va être présent pendant la visite. Après, [...] je prépare des aides techniques pour faire les essais sur place. Je me questionne sur comment on y va : à savoir est-ce que moi je peux prendre le véhicule du centre, est-ce que c'est possible ou pas ou est-ce qu'il faut une ambulance. Enfin il y a ça à préparer et puis après aussi se demander est-ce que j'y vais seule, est-ce qu'il y a d'autres professionnels de

	mon équipe qui seraient pertinents à amener avec moi notamment la kinésithérapeute ou alors l'assistante sociale parfois pour faire un regard croisé."
E3	"J'interroge déjà le patient sur son logement, qu'il me le décrive un peu, avec qui il vit, l'entourage.. Et puis je demande si je peux prendre contact avec l'entourage que j'ai en général déjà rencontré parce que j'aime bien qu'il y ait quelqu'un de l'entourage proche présent je trouve que c'est important. Ne serait-ce que pour faire des essais de transfert etc...puis après on décide d'une date ensemble."
E4	"J'en parle au patient pendant le bilan. Au départ ça reste très superficiel, parce qu'ils ont du mal à se rendre compte, à se projeter et qu'on ne peut pas présager de leur récupération. On s'entretient avec eux pour bien cerner l'environnement du patient. On fait des bilans pour bien prendre en compte les capacités motrices et cognitives et après on envisage soit d'y aller en voiture soit en VSL mais le plus souvent en voiture ou alors ambulance. Quand c'est une ambulance on passe par des sociétés privées. Du coup quand c'est comme ça, je remplie un formulaire qui passe par l'administration. Après j'explique au patient comment va se dérouler la VAD, ce que je vais regarder, le temps que ça va durer, planifier une date. Certaines fois je peux emmener des petites AT mais c'est rare, en principe on essaie de mettre en situation le patient dans son appartement et c'est en fonction qu'on va faire des mises en situation à l'hôpital avec des AT : on a par exemple une salle de bain thérapeutique. Sinon j'essaie toujours qu'il y ait un proche de la personne pendant la VAD. Il y a aussi une réunion d'équipe où on parle du patient et de ce qui est envisagé par la suite. Parfois, la VAD est demandée dans la semaine parce que le patient va sortir sans qu'on soit prévenu parce que c'est sa demande. Et sinon c'est à plus long terme, on attend un peu de récupération. Et après sinon oui c'est le médecin qui décide de ça en général, c'est des choses dont on discute oralement : je n'attends pas forcément d'avoir une prescription papier."
E5	On se renseigne sur les capacités du patient auprès des autres professionnels. Une fois qu'on a ça, on demande des informations auprès de la famille. En général j'appelle de toute façon la famille avant de faire une VAD, déjà pour convenir du rendez-vous et ça nous permet d'avoir quelques informations sur le logement, savoir si je peux envisager d'emmener le patient ou pas en fonction de comment est la maison.

<u>Réponses données après relance :</u>

E1	"Alors nous effectivement on a un transport au sein de l'hôpital et du SSR. Ya un service des transports et donc du coup on doit faire un bon de transport"
E2	"La décision de VAD se fait souvent en staff donc de façon collégiale. Soit c'est moi qui propose d'y aller soit c'est le médecin qui me demande d'y aller. Souvent si c'est les médecins qui nous le demandent c'est que eux ont en tête de faire sortir la personne plus rapidement que ce que nous on avait prévu dans l'équipe (Rires)."
E3	"C'est vrai que la VAD c'est des choses qu'on aborde quand même en équipe notamment avec des staffs qui sont assez réguliers, à peu près toutes les deux semaines nos patients sont abordés. En parlant de l'évolution, on va finir par aborder en équipe et en général moi je propose de faire une VAD en disant que je pense que c'est le bon moment et en interrogeant l'équipe effectivement si tout le monde est d'accord, c'est là qu'on organise un peu les choses. Effectivement on prévoit une voiture puisqu'on emmène le patient avec nous en visite à domicile : ça c'est vraiment quelque chose auquel je tiens parce que j'ai pas intérêt d'y aller sans la personne. Donc soit on part avec notre véhicule si la personne peut faire ses transferts, si elle peut monter des escaliers... Sinon, on fait appel aux ambulanciers [...]. Et puis après pour le matériel, c'est en interrogeant la personne que je vais savoir si elle a une douche ou une baignoire ça va me donner des idées, je peux déjà au préalable avoir essayé des choses dans l'appartement de simulation que l'on a ici ou en tout cas lui avoir montrer le matériel qui existait puis je vais essayer d'emmener le matériel qui pourrait être utile au domicile."
E4	RAS
E5	"Pour aller en VAD, on a plusieurs solutions, on a des voitures ici à l'hôpital qui sont à notre disposition. On doit réserver la voiture parce que ce sont les mêmes voitures qui sont aussi utilisées par l'administration : donc il y a tout un système de réservation du véhicule. Ce ne sont pas des voitures adaptées donc quand le patient a des difficultés dans les transferts ou est peu mobile, on utilise un service : c'est une personne qui a un trafic dans lequel on peut mettre un fauteuil roulant et qu'on peut solliciter pour une VAD si y a besoin d'emmener le patient dans son fauteuil roulant. Donc on a ces 2 options-là. Sinon, quand on part avec le patient on demande une permission au médecin. Avant la visite à domicile, on essaie de faire le point sur le matériel dont il y aurait besoin pour faire les transferts etc. Il arrive qu'on emmène du petit matériel quand le patient a des capacités correctes, qu'il fait ses transferts. Par exemple on peut emmener une planche de bain, des choses comme ça."

<u>Ce qui suit la VAD :</u>

E1	"Après la visite à domicile, on a le compte-rendu à effectuer pour le dossier du patient, pour le patient et pour l'entourage du patient s'il souhaite le partager avec eux. Ensuite il y a tout ce qui est effectivement recherche : dans le compte rendu il y a tout ce qui répertorie les photographies, les mesures, les plans euh et puis tout ce qu'on peut faire en amont comme en aval : la recherche d'aides techniques spécifiques pour ce lieu que l'on a pu voir en vrai, pour les mesures qu'on a pu prendre réellement et puis potentiellement appel de revendeur et mise en lien avec des revendeurs médicaux si on accompagne le patient par rapport à ça [...] : on fait le lien avec u revendeur médical pour commander le matériel et soit le recevoir au sein du centre de rééducation, soit le faire livrer au domicile. Et puis dans la partie plus médicale on va dire, il y a tout ce qui est de la communication auprès de l'équipe: de l'équipe soignante, médicale et d'aides-soignantes pour peut-être fixer de nouveaux objectifs en fonction de la VAD parce que certaines problématiques qui ne se posaient pas à l'hôpital vont se poser euh par rapport au domicile et du coup voilà peut-être en kiné faudra travailler certains types de transfert etc."
E2	"Alors un compte-rendu évidemment avec recherche de matériel, demande de devis comparatifs surtout s'il y a des demandes de financements derrière : il faut un devis comparatif. Appel aux revendeurs ou contact par mails [...]. Quand il y a des plus gros travaux, nous on fait appel à des sociétés. Maintenant c'est assez bien parce que depuis peu, il y a des maîtres d'œuvre qui viennent avec nous, qui peuvent se déplacer sur place avec nous pour voir ce qui est possible de faire sur le plan architectural parce que parfois nous on n'a pas toutes les connaissances du bâtiment, savoir ce qui est possible ou pas. On peut discuter directement de ce qui est possible ou pas, on gagne un petit peu de temps avec ça... typiquement mettre une douche en siphon de sol c'est pas toujours possible et donc du coup on essaie de réfléchir à ce qui est possible et savoir comment on va faire quelque chose en lien avec les capacités de la personne. Une fois que ça c'est fait, c'est le maître d'œuvre qui va demander plusieurs devis à plusieurs entreprises tout corps de métier confondu et donc nous on a directement des devis comparatifs. Ce qui est intéressant c'est que, avec ces personnes-là, ils garantissent les travaux. C'est-à-dire que les préconisations sont finalement mises en place. Ils vont faire un suivi de travaux compris dans leur tarif donc ça c'est vraiment intéressant pour nous parce qu'on a un retour de ce qui est fait et on est sur que ce qui est fait correspond aux préconisations qu'on a donné au départ.

	Sinon, on refait parfois des essais d'aides techniques au Centre en présence de la famille, notamment pour les aides au transfert [...]. Donc nous on propose après un retour de ce qu'on a vu suite à la VAD... Ce que je fais souvent c'est que quand je donne le compte-rendu de VAD, je reçois la famille et le patient pour leur expliquer le compte-rendu et donc à ce moment-là je leur propose de revoir les AT et qu'on refasse des essais au centre. La VAD ça permet de savoir quelles sont les choses que la personne a besoin pour pouvoir faire, pour rentrer chez elle. J'en informe le kiné parce que c'est hyper important. Après, effectivement souvent après la VAD, les personnes elles voient plus l'intérêt de travailler les transferts sur les WC... l'objectif est beaucoup plus concret. On peut donner des exemples très concrets qui parlent beaucoup plus au patient et qui du coup amène à optimiser la rééducation."
E3	"Ça va être déjà un compte-rendu de VAD et puis nous depuis peu, si c'est vraiment un aménagement au niveau du bâti, on est amené à travailler avec des entrepreneurs qui nous proposent des plans assez précis et des propositions d'aménagement notamment de la salle de bain puisqu'encore une fois c'est souvent la chose qui pose le problème. Donc eux nous fournissent des plans et des devis. Voilà et si c'est plutôt des AT, c'est la même chose c'est-à-dire que moi je propose un type de matériel après c'est vrai que je propose aussi de leur commander le matériel si ils veulent avec le revendeur qu'on connait et selon les choses qu'on demande, je demande les prescriptions au médecin par exemple pour un fauteuil roulant. Alors les essais sont plutôt faits au domicile avec le matériel. Si par exemple j'ai pas eu le bon matériel ou que ça nécessite de faire des essais supplémentaires dans l'appartement thérapeutique, ça peut être une reconstitution de l'espace avec les mesures que j'ai pu prendre refaire des essais c'est l'objet de séance avec les transferts etc. Oui, la VAD permet de peut-être pas changer mais affiner, ça c'est clair."
E4	"Alors pendant la VAD, je donne au patient toutes les préconisations envisagées. A l'hôpital on fait un retour avec patient et famille. Je fais un compte-rendu que je leur donne. Et avec le compte-rendu je leur donne de la documentation sur les aides techniques, une liste de revendeur. Sinon s'ils souhaitent qu'on fasse les démarches pour commander le matériel on passe par le revendeur que l'on connaît en les prévenant des prix. Sinon je suis amenée à contacté des professionnels du bâtiment souvent par mail."
E5	"Pendant la VAD, on fait le point avec l'entourage qui est là et avec le patient, mais ça reste un peu superficiel, parce qu'on a besoin de temps pour revenir sur ce qu'on

	a vu. Donc à la suite de la visite, on fait un compte-rendu écrit pour les médecins, pour la famille et pour l'assistante sociale. Dans ce compte-rendu, on conclut avec une liste du matériel qui est préconisé, des aides humaines qui sont préconisées aussi et ensuite on propose au patient ou à la famille soit de demander des devis pour le matériel notamment, des devis chez un revendeur de matériel médical soit la famille s'en occupe. Dans ce cas, on ne gère pas la suite pour le matériel, sinon, on demande un devis, on fait le lien entre le revendeur et la famille quand il y a besoin. Quand on a le matériel, on l'essaie avant comme pour des barres de redressement. Mais parfois c'est seulement pendant la VAD qu'on se rend compte qu'il y aurait besoin de certaines aides techniques. En général, au retour, comme la sortie ne se fait pas immédiatement non plus, on peut essayer d'évaluer l'utilité de telle ou telle aide technique. Pour ce qui est des fauteuils, on en a pas mal, donc on peut en essayer plusieurs dans faire appel à un revendeur. Et puis si on n'a pas celui qui convient, on travaille avec le revendeur pour qu'il fasse des essais avant la sortie. Sinon la VAD ne permet pas trop de modifier la rééducation parce que globalement la visite elle se fait souvent sur la fin du séjour et donc souvent c'est à la fin d'une phase de récupération. On modifie plus les objectifs de rééducation avant, si on est informé qu'il y a des marches ou autre."

L'organisation de l'ergothérapeute face à ces activités :

Quelle organisation lors de l'aménagement du domicile ?

E1	"C'est vrai que je n'ai pas forcément de temps dédié pour effectuer les comptes-rendus je ne vais pas forcément annuler des séances de patients pour les effectuer. Ca pourrait être possible mais c'est vrai que la charge de travail est assez importante. La problématique est plus de l'ordre de ce qu'on a : par exemple, on dispose d'un ordinateur pour six ergothérapeutes donc c'est vrai que les comptes-rendus, on les fait quand on peut et c'est pas forcément sur les temps de prise en charge du patient parce qu'au final, c'est pas des temps où l'ordinateur sera libre. De même, on aura peut-être d'autres patients en même temps. Du coup, je vais plus faire mon compte-rendu et l'ensemble des activités que l'on a évoqué, en fin ou en début de journée pendant des temps un peu "off" où je n'ai pas de suivi de patient".
E2	"C'est une question que l'on se pose beaucoup : on a une file active de patients qui

	est assez importante avec à peu près un patient qui arrive toutes les 30 minutes sur des séances qui durent une heure où on est donc 30 minutes avec un patient tout seul puis après il fait des exercices en autonomie pendant que l'on est 30 minutes avec un autre patient même si du coup, en pratique, on fait des va-et-vient. Donc on est toujours partagés entre deux personnes. [...] Après une VAD, il y a un temps de compte-rendu, d'appel etc. Pour réaliser ces activités, on s'était dit qu'on allait annuler des séances de rééducation sur place sauf qu'on s'est vite rendu compte que ça ne fonctionnait pas puisque souvent le patient est en doublon avec quelqu'un d'autre. Donc on va pas annuler la séance de cette personne : ce n'est pas très bien compris, pas très bien vécu. Finalement, on changé de technique : on s'est isolé un temps de dossier, qu'on appelle un "temps de réadaptation". C'est une demi-journée par ergothérapeute par semaine pour justement travailler sur toutes ces activités-là : appeler les revendeurs, contacter les professionnels par mails, faire les compte-rendu de VAD etc. Et en fait, cette demi-journée n'est pas du tout suffisante !"
E3	"Lors de l'aménagement du domicile, je m'organise autrement sur mon temps de travail. Nous, on s'est identifié des temps de réadaptation sur notre semaine [où] on essaie justement de faire ce genre de chose un petit peu plus administratif. [...] Mais par contre, je peux être amenée à supprimer une séance de rééducation du patient en question pour faire le compte-rendu de visite à domicile mais je lui explique [...] et en général, c'est bien accueilli."
E4	"Je garde les séances du patient. Les comptes-rendus et autre, je les fais en dehors des prises en charge. En général, j'essaie de commencer mes prises en charge à 9h30 et de les finir à 15h30/16h sachant que mes horaires sont 9h-17h. Et du coup, ce temps que je dégage c'est pour faire ce qui est plus administratif. En fait, c'est priorité 1 : la rééducation du patient, priorité 2 : le temps administratif pour le patient et priorité 3 : tout ce qui est administratif pur comme le PMSI."
E5	"Pour faire ces activités et surtout le compte-rendu, en général, on se dégage du temps dans la semaine qui suit la visite. Et puis on jongle avec les rééducations qu'on a à faire, les installations. Quand on a un moment, on se remet sur le compte-rendu ou on prend contact avec le revendeurs etc. Mais on ne supprime pas de séances de rééducation. Parce qu'en fait, on découpe un peu nos journées en deux. Le matin on a nos rééducations et l'après-midi en général on n'a pas de séances, on fait soit de l'administratif quand il y a besoin, soit les activités administratives pour le patient comme le compte-rendu et puis les installations qu'on a à faire pour les patients du centre."

Quels sont les moyens aidants ?

E1	"Avoir un ordinateur !! [...] Alors peut-être aussi que si on avait une charge de travail, en terme de nombre de personne qu'on suit par jour, moins importante, ça pourrait faciliter les choses et on pourrait justement mieux s'organiser pour pouvoir faire nos comptes-rendus. [...] Et puis potentiellement des tablettes où on pourrai prendre les photos et directement les mettre sur le compte-rendu sur la tablette [...] mais ce serait dans le meilleur des mondes."
E2	"Je pense qu'actuellement il y a des choses qui nous facilitent la tâche : l'arrivée des Smartphones avec lesquels on peut prendre des photos, t faire des côtes, faire plein de choses. Et puis il y a pleins de logiciels, nous on utilise, pour faire les plans, le logiciel SweetHome qui est un logiciel gratuit ! Ça donne des plans beaucoup plus lisibles et beaucoup plus professionnels et ça va plus vite parce qu'on rentre des côtes et puis ça nous fait un plan assez facilement une fois qu'on sait l'utiliser. Je pense que l'informatique c'est sûr que ça nous permet de nous améliorer. Après nous ici on n'a pas un ordinateur par ergothérapeute, ce qui est quand même un peu la "crise du logement" de temps en temps, parce qu'en fait on a besoin de pouvoir aller et venir sur l'ordinateur donc on perd un peu de temps donc je pense que ça, ça serait quand même bien qu'on ait chacune un ordinateur. Mais bon ce n'est pas si simple. [...] Après avoir du temps dédié [...] c'est vraiment important et moi je pense qu'une journée par semaine ce ne serait pas du tout du luxe pour faire ça, réparti après différemment dans la semaine. Là nous on a des tablettes et on essaie de trouver des logiciels qui peuvent prendre des photos et des mesures en même temps (Rires).. il y en a, on se renseigne dessus. Après, avoir du matériel en prêt pour pouvoir essayer plutôt que de courir après ça ce serait super et on essaie de le développer d'ailleurs et ça marche de mieux en mieux." + "Quand il y a des plus gros travaux, nous on fait appel à des sociétés. Maintenant c'est assez bien parce que depuis peu, il y a des maîtres d'œuvre qui viennent avec nous, qui peuvent se déplacer sur place avec nous pour voir ce qui est possible de faire sur le plan architectural parce que parfois nous on n'a pas toutes les connaissances du bâtiment, savoir ce qui est possible ou pas. On peut discuter directement de ce qui est possible ou pas, on gagne un petit peu de temps avec ça... typiquement mettre une douche en siphon de sol ce n'est pas toujours possible et donc du coup on essaie de réfléchir à ce qui est possible et savoir comment on va faire quelque chose en lien avec les capacités de la personne. Une fois que ça c'est fait, c'est le maître d'œuvre qui va demander plusieurs devis à plusieurs entreprises tout corps de métier confondu et donc nous on a directement des devis comparatifs.

	Ce qui est intéressant c'est que, avec ces personnes-là, ils garantissent les travaux. C'est-à-dire que les préconisations sont finalement mises en place. Ils vont faire un suivi de travaux compris dans leur tarif donc ça c'est vraiment intéressant pour nous parce qu'on a un retour de ce qui est fait et on est sur que ce qui est fait correspond aux préconisations qu'on a donné au départ."
E3	"Ces temps, je pense [...] qu'ils sont peut-être pas suffisants mais c'est nouveau donc voilà. Mais je pense que cette stratégie elle est pas mal et que ça peut bien fonctionner de s'accorder des temps où on décide de mettre aucun rendez-vous à des patients, [...] où on est isolé et où on passe du temps indirect sans le patient mais c'est pour le patient quand même."
E4	"Un appartement de simulation serait parfait avec la possibilité de re-créer l'environnement du patient : au lieu de travailler sur plan, le fait de me rendre compte en réel permettrait de faire des mises en situation plus ciblées et on gagnerait du temps pour savoir quelles sont les choses à préconiser. On gagnerait aussi en qualité car en réalisant plusieurs essais, on saurait ce qui convient le mieux à la personne. Après, mes outils actuels et le fait que je puisse me dégager du temps me convient pour réaliser mes comptes-rendus."
E5	"Avoir ce temps-là où il n’y a pas de rééducation prévue ça peut nous permettre d’avoir une marge de manœuvre et de se dégager du temps pour faire toutes ces activités donc ça nous permet de nous organiser puisque dans tous les cas, on sait que ces activités seront faites l'après-midi."

La perception par les ergothérapeutes des activités indirectes

E1	"Elles sont primordiales [...] Malheureusement, à l'heure actuelle, j'ai l'impression un peu de manquer en fait de ce temps-là pour pouvoir le faire au mieux et pour pouvoir me poser au mieux dans, dans ce qu'on recherche parce qu'on a pas les moyens matériels et les moyens temporels. Mais je trouve que c'est des temps très riches pour mon métier et pour mon expérience personnelle parce qu'on peut aussi échanger entre collègues par rapport à des problématiques de personnes ou du matériel qu'on connaîtra pas forcément ou de perceptive qu'on avait pas forcément vu de la même manière. C'est très riche et je pense que c'est de toute façon indispensable dans notre pratique pour faire au mieux parce que si on n'a que des choses randomisées. Donc c'est vrai que ce temps il est important pour personnaliser au mieux les aides techniques qu'on va choisir, pour se renseigner sur les aides techniques nouvelles qui existent mais ça malheureusement on n'a pas toujours le temps ce qui est dommage parce que parfois j'ai le sentiment et avec mes collègues on le partage de parfois utiliser toujours les mêmes aides techniques parce qu'on n'a pas forcément le temps d'aller voir telle nouveauté ou telle autre. C'est vrai que parfois on choisira l'aide technique qu'on connait et on n'aura pas forcément le temps de personnaliser au mieux par rapport aux problématiques qui se pose à nous. Mais c'est un temps qui est essentiel, E-SSEN-TIEL!"
E2	"Je pense que concrètement toute ces chose réadaptative qui en fait sont vraiment spécifiques à l'ergothérapeute, que l'on fait de plus en plus et qui sont valorisées notamment dans le PMSI tout ça donc c'est très bien parce que c'est des actions entrent dans notre champs de compétence et qui sont vraiment importantes pour le patient et qui je pense amènent de la qualité au suivi et surtout de la qualité au retour à domicile et au retour à ses habitudes de vie antérieures. Et donc ça c'est du temps où on n'est pas dans l'établissement, c'est du temps où il faut faire des contacts avec l'extérieur, faire des comptes-rendus" "Les actes indirects ils sont très importants mais il faut pouvoir bien les identifier et bien les expliquer au patient je pense dès le départ. Quand on leur explique, ils voient bien à quoi ça sert pour eux et que effectivement ce n’est pas parce qu'on n'est pas présents à côté d'eux que l'on ne travaille pas pour eux et que l'on n'œuvre pas pour leur réinsertion sociale et professionnelle. Moi je pense que c'est facilement un cinquième du temps indirect par patient et par ergothérapeute voire peut-être un petit peu plus même (Rires). Parce qu'une heure de rééducation où on est avec la personne, c'est du temps direct, le temps indirect ça prend nécessairement plus de temps, c'est du temps de rédaction, du temps de recherche et du temps qui va demander des contacts avec l'extérieur. Donc pour une VAD il y a une heure sur place on va dire avec le patient et facilement derrière trois heures, si on veut faire quelque chose de correct avec un compte-rendu qui explique avec des

	propositions d'aménagements, avec des devis et des essais éventuellement encore derrière. Une VAD en réalité c'est facilement 4 à 5 heures de travail pour une heure réelle passée avec le patient et sa famille, une heure, une heure et demie."
E3	" Pour moi c'est hyper important ! [...] La plus-value de notre travail c'est ce côté réadaptatif, il y a que nous qui le faisons et tout ce qui est rééducation, il n'y a pas que nous, il y a aussi les kinésithérapeutes. Et on travaille en complément avec eux et ce qu'ils font aussi est important hein attention ! Mais je pense qu'il y a vraiment une valeur ajoutée à l'aspect réadaptatif et que si personne ne fait le compte-rendu de la visite à domicile, personne ne la fera : là-dessus on ne va pas être remplacé [...]. Et je pense que ces activités-là, elles sont hyper importantes et que peut être d'ailleurs que notre métier prend cette tournure d'aller de plus en plus vers le versant réadaptatif et il faut qu'on mette un point d'honneur et ça parce que ya que nous qui le faisons."
E4	"C'est quelque chose qui prend du temps [...] mais c'est indispensable : pour le patient, pour qu'il sache ce qu'il faut faire chez lui et puis pour nous, pour bien mettre les choses au clair et se poser les bonnes questions sur les besoins spécifiques de la personne. Mais c'est chronophage."
E5	"Elles me paraissent essentielles. Le compte-rendu est incontournable après la visite à domicile. C'est un outil de transmission des informations pour que l'assistante sociale et le médecin sachent quels sont nos préconisations. On le transmet aussi aux équipes soignantes, au patient, à sa famille. Et sinon, ces activités nous permettent de mieux cibler les besoins de la personne. Globalement, je les perçois de façon positive."

ANNEXE 4 : Entretien réalisé auprès de l'ergothérapeute E2

THEME : Le thème général de mon mémoire est l'organisation des ergothérapeutes lors de l'aménagement du domicile d'une personne victime d'un AVC.

OBJECTIF : L'objectif principal de mon entretien est de déterminer comment l'ergothérapeute s'organise pour réaliser les activités de rééducation du patient tout en réalisant les activités indirectes donc sans la présence du patient nécessaires à l'aménagement du domicile.

Dans un premier temps, pouvez-vous m'indiquer votre année de diplôme et depuis combien de temps vous travaillez en SSR auprès de patients ayant eu un AVC ?

J'ai été diplômée en juin 2004 et je travaille depuis juillet 2004 en SSR mais dans différents lieux mais j'ai toujours eu des personnes des personnes cérébro-lésées. Oui, j'ai toujours travaillé avec des personnes cérébro-lésées en SSR. Alors d'abord avec des ados et des jeunes adultes en fait et puis après adultes.

Est-ce que vous avez une idée du nombre de visites à domicile que vous faites par mois ou par an et la même chose pour le service ?

Si tu me laisses 3 minutes, je peux même aller voir et avoir les chiffres exacts parce qu'on a fait un tableau alors je vais regarder.

On a fait 113 visites à domicile en tout : sur tout le service donc tout ergothérapeute confondu. Et moi j'en ai fait 20 sur l'année.

D'accord et combien d'ergothérapeutes ETP êtes-vous ?

On est 6 et demi.

Selon vous, quels sont les critères nécessaires pour envisager un RAD d'une personne victime d'un AVC ?

Tu veux dire les critères qui favorisent le RAD ?

Oui et ceux qui peuvent l'empêcher...

En fait c'est plusieurs choses qui s'imbriquent ensemble. C'est-à-dire que les capacités de la personne, l'environnement familial, l'environnement architectural évidemment et les revenus quand même aussi qui sont à prendre en considération et en fait l'adéquation de toutes ces choses-là font qu' on peut ou pas faire un Rad... Le Rad il est quasiment toujours possible après les conditions de confort et de sécurité d'un rad sont enfin vont du simple au double quoi !

Oui et vous ne m'avez pas parlé de la motivation de la personne, est-ce que vous pensez que c'est important ?

Ah oui bien sûr évidement, le souhait de la personne c'est l'élément "number one" en fait. Je l'ai même pas prise comme considération, évidemment si elle ne souhaite pas retourner à domicile et qu'elle souhaite être institutionnalisée ou autre, on n'ira pas du tout dans cette direction-là.

Dans votre pratique, à quel moment envisagez-vous le retour à domicile d'un patient ayant eu un AVC ?

En fait au moment où on fait l'entretien initial c'est-à-dire où on remplit le dossier du patient en ergothérapie on demande le projet de la personne et à partir du moment où effectivement elle verbalise le souhait de rentrer à son domicile, je commence mi à envisager le retour à domicile. C'est-à-dire pas à faire la visite à domicile tout de suite mais en tout cas je sais que ça va être à envisager et donc du coup je commence à poser les questions et à essayer de rencontrer la famille pour voir comme se trouve le domicile etc. c'est ça qu'on a en tête, en tout cas que moi j'ai en tête directement. Donc à partir du moment où la personne le verbalise.

Personnellement, avez-vous souvent été amenée à préconiser un aménagement de domicile suite à une VAD ?

Par aménager tu veux dire dans l'architecture ?

Justement, l'aménagement peut s'entendre de différentes façons et à travers cette question tu peux d'ailleurs me dire toi comment est-ce que tu l'envisages...

En fait c'est quasi systématiquement qu'on apporte des modifications dans le lieu de vie de la personne. Ensuite ça peut effectivement être de déplacer des meubles, enlever certaines chose pour s'assurer de la sécurité de la personne et notamment les tapis qui sont un grand classique, libérer les circulations… Des choses comme ça, en essayant de voir avec aussi ce qui est possible pour la personne... dans le respect de ses choix puisque c'est son lieu de vie. L'aménagement ça peut être aussi la proposition d'aides techniques et puis après ça peut aller plus loin dans la proposition de travaux, de changement vraiment du bâti en fonction des possibilités architecturales.

Et donc du coup quasiment tout le temps il y a des modifications.

Dans votre pratique, que faites-vous et de quoi avez-vous besoin pour préparer une VAD ?

Alors j'essaie de me faire une idée à travers l'entretien de ce que je vais trouver comment va être l'appartement, j'essaie de me faire une image de l'appartement en questionnant le patient.

Souvent j'essaye, la plus part du temps et quand c'est possible, je rencontre la famille ou les personnes qui vont être présentes de visu. Si parfois c'est pas possible pour des raisons de travail ou alors les personnes sont pas nécessairement disponibles ou habitent un peu trop loin, je les ai au moins au téléphone pour préparer l'arrivée et pour expliquer pourquoi je viens et pour savoir qui va être présent en fait pendant la visite. Et après, avec déjà ces informations-là et moi connaissant le patient, je prépare des aides techniques pour faire les essais sur place. Et puis après je me questionne sur comment on y va : à savoir est-ce que moi je peux prendre le véhicule d'ici, est-ce que c'est possible ou pas ou est-ce qu'il faut parfois faire en ambulance parce que ya des marches et que l'on veut quand même vérifier la possibilité d'aménagement. Donc du coup dans ce cas là ça va être à chaque fois fait par des ambulanciers qui vont monter la personne dans les escaliers si c'est possible. Enfin il y a ça à préparer et puis après aussi à se demander est-ce que j'y vais seule, est-ce qu'il y a d'autres professionnels de mon équipe qui seraient pertinents à amener avec moi notamment la kiné ou alors l'assistante sociale parfois pour faire un regard croisé.

Et décider de la VAD se fait comment ?

Alors elle se fait souvent en staff donc de façon collégiale, c'est souvent le cas. Mais ça dépend en fait... Soit c'est moi qui propose d'y aller soit c'est le médecin qui me demande d'y aller. Souvent si c'est les médecins qui nous le demandent c'est qu'eux ont en tête de

faire sortir la personne plus rapidement que ce que nous on avait prévu dans l'équipe ou alors qu'ils veulent vérifier rapidement pour faire différents dossiers ou différentes démarches si jamais ce n'est pas accessible.

Lorsqu'il y a nécessité d'adapter le logement que ce soit avec des aides techniques ou en réalisant des modifications de bâti, quelles sont, pour vous, les étapes et les démarches qui suivent la VAD ?

Alors un compte-rendu évidemment avec recherche de matériel, demande de devis comparatifs donc plusieurs devis surtout s'il y a des demandes de financements derrière : il faut un devis comparatif. Mais aussi les appels aux revendeurs ou par mails, maintenant heureusement il y a les mails donc on peut ne pas attendre d'avoir la personne en direct voilà. Après, quand il y a des plus gros travaux, on fait appel à des sociétés. Maintenant c'est assez bien parce qu'il y a depuis assez récemment, des maîtres d'œuvre qui viennent avec nous, qui peuvent se déplacer sur place avec nous pour voir ce qui est possible de faire sur le plan architectural parce que parfois nous on n'a pas toutes les connaissances quand même du bâtiment, pour savoir ce qui est possible ou pas même si on a des idées. Et du coup, on peut discuter directement, on gagne un petit peu de temps avec ça, discuter directement de ce qui est possible ou pas... typiquement mettre une douche en siphon de sol c'est pas toujours possible et donc du coup on essaie de réfléchir à ce qui est possible et à comment on va faire quelque chose en lien avec les capacités de la personne. Et donc, une fois que ça c'est fait, c'est le maître d'œuvre qui va demander plusieurs devis à plusieurs entreprises tout corps de métier confondu et donc nous on a directement des devis comparatifs : en général c'est trois ou quatre devis qui prennent en charge tous les travaux.

Comment cela se matérialise, il y a un partenariat avec une entreprise ?

Alors, nous, on a rencontré plusieurs maitres d'œuvre qui sont venus à nous avec des services qui dans un premier temps sont gratuits pour la plupart enfin gratuits... ils se payent après sur les travaux donc nous on en informe les patients et il n'y a aucune obligation de travailler avec eux. Donc nous on informe vraiment les patients et on propose, parce que souvent ils sont perdus, ils n'ont pas nécessairement de personne qui sont en mesure de faire les travaux etc. Et puis en plus ce qui est intéressant c'est que, avec ces personnes-là, ils garantissent les travaux. C'est-à-dire que les préconisations sont finalement mises en place. Ils vont faire un suivi de travaux compris dans leur tarif donc ça c'est vraiment intéressant pour nous parce qu'on a un retour de ce qui est fait et on est sur

que ce qui est fait correspond aux préconisations qu'on a donné au départ ce qui n'est pas toujours le cas malheureusement.

Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui suivent la VAD ? Est-ce que vous êtes amenée par exemple à essayer des aides techniques ?

Ah oui ! Ici, on refait parfois des essais d'aides techniques au centre en présence de la famille. Donc par exemple, pour les aides au transfert, on fait un essai sur place mais un essai où on montre que c'est possible... Ce n'est pas nécessairement que les familles veuillent utiliser ou essayer, ça, ça dépend vraiment de chacun. Donc nous on propose après un retour... Moi, ce que je fais souvent c'est que quand je donne le CR de VAD, je reçois la famille et le patient pour leur expliquer le CR et donc à ce moment là je leur propose de nouveau de revoir les AT et d'éventuellement les réessayer, qu'on refasse des essais ici.

La visite à domicile vous amène-t-elle parfois à modifier la rééducation ?

Oui, oui la VAD ça permet de savoir quelles sont les choses que la personne a besoin pour pouvoir faire, pour rentrer chez elle. Je pense notamment à quand il y a le franchissement de 3 marches avant d'arriver à tel endroit, ce n'est pas nécessairement nous qui allons le travailler mais en revanche moi j'en informe le kiné parce que c'est hyper important. Ou alors s'il y a une rampe à droite et pas à gauche… Enfin des choses comme ça qui sont vraiment concrètes. Et effectivement souvent après la VAD, les personnes, tout d'un coup, elles voient plus l'intérêt de travailler les transferts sur les WC... l'objectif est beaucoup plus concret. Et puis surtout nous ce qui est intéressant c'est que même si on essaie d'aller vers cet objectif qui est toujours le même, je sais par exemple les transferts sur les WC, on peut redire :"vous voyez chez vous c'est comme ci, c'est comme ça". On peut donner des exemples très concrets qui parlent beaucoup plus au patient et qui du coup amène à optimiser la rééducation.

Au vu de l'ensemble des actes que vous avez pu me décrire, est-ce que le fait que certains actes se fassent sans la présence du patient modifie l'organisation de votre intervention ?

Alors en fait ça, c'est une vraie question qu'on a nous ici, parce qu'on a une file active de patient qui est assez importante, et donc à peu près en moyenne un patient qui arrive toute

les 30 minutes sur des séances d'une heure quand on est en session de rééducation donc quand on est dans le service d'ergo. Donc on est 30 minutes avec un patient tout seul puis après il fait des exercices en autonomie et on est après 30 min à nouveau avec un autre patient même si du coup c'est plus vraiment vrai puisqu'on fait des va-et-vient. Donc en fait on est toujours partagé entre plusieurs personnes. Et ce que nous on s'est mis comme règle, ici dans le service c'est de se dire que, par exemple après une VAD il y a des temps de compte-rendu, d'appel etc., et on s'était dit : on annule des séances de rééducation sur place pour faire le compte-rendu du patient sauf qu'on s'est vite rendu compte que ça fonctionnait pas puisque souvent il est en doublon avec quelqu'un d'autre. Donc on ne va pas annuler la séance de cette personne-là : ce n'est pas très bien compris, ce n'est pas très bien vécu.... c'est vraiment compliqué à gérer donc en fait on a changé de technique. On s'est isolé un temps de dossier, qu'on appelle un "temps de réadaptation" en fait : c'est une demi-journée par ergothérapeute par semaine pour travailler sur toutes est ces choses-là : appeler les revendeurs, faire des mails, faire les comptes-rendus de VAD, rencontrer les familles. Et en fait cette demi-journée n'est pas du tout suffisante (Rires).

Quels moyens matériels avez-vous à votre disposition ou aimeriez vous avoir pour favoriser l'organisation de cette intervention ?

Je pense qu'actuellement il y a des choses qui nous facilitent la tâche comme l'arrivée des Smartphones avec lesquels on peut prendre des photos, on peut faire des côtes, on peut faire plein de choses. Et puis il y a des logiciels, par exemple, pour faire les plans, on utilise le logiciel SweetHome qui est un logiciel gratuit ! On s'est toutes formées seules à ce logiciel et maintenant on l'utilise, ça donne des plans beaucoup plus lisibles et beaucoup plus professionnels aussi. C'est plus rapide, on rentre des côtes et ça nous fait un plan assez facilement une fois qu'on sait l'utiliser. Ça prend un peu de temps au début quand on ne sait pas l'utiliser mais par la suite c'est aidant. Je pense que l'informatique nous permet de nous améliorer.

Sinon ici, on n'a pas un ordinateur par ergothérapeute ce qui n'est quand même pas simple de temps en temps parce qu'on a besoin de pouvoir aller et venir sur l'ordinateur et quand il y a une collègue qui l'utilise et bien on perd un peu de temps donc je pense que ça serait quand même bien qu'on ait chacune un ordinateur. Mais ce n'est pas si simple.

Ensuite, je pense qu'avoir du temps dédié à ces activités c'est vraiment très important ! Concrètement c'est plus que nécessaire au vu des tâches réadaptatives qu'on a à faire en

plus de la visite à domicile. Parce que ces activités sont vraiment spécifiques à l'ergothérapeute et qu'on en fait de plus en plus. Elles sont d'ailleurs valorisées notamment dans le PMSI : c'est très bien parce que c'est des actions qui entre dans notre champs de compétence et qui sont en plus vraiment importantes pour le patient et qui je pense amène de la qualité au suivi et surtout de la qualité au retour à domicile du patient et à ses habitudes de vie antérieures. Mais c'est vrai que c'est du temps où on n'est pas dans l'établissement, c'est du temps où il faut prendre contacts avec l'extérieur, faire des comptes-rendus, où il faut expliquer. Ainsi, avoir du temps dédié à cela est vraiment important et je pense même qu'une journée par semaine ce serait « pas du tout du luxe » pour faire ça !

Sinon, on a des tablettes tactiles et on essaie de trouver des logiciels qui peuvent prendre des photos et des mesures en même temps (Rires). Il y en a, on essaie de se renseigner dessus.

Et puis, les contacts avec les revendeurs aident à l'organisation pour avoir de façon un peu systématique du matériel en prêt pour pouvoir essayer plutôt que de courir après. On essaie de développer ça d'ailleurs et ça marche de mieux en mieux mais il faut toujours avoir plusieurs revendeur pour ne pas faire de favoritisme.

Enfin, quelle place accordez-vous aux activités réalisées sans la présence du patient liées à l'aménagement de logement, dans votre pratique ? Comment les percevez-vous ?

Les actes indirects sont très importants mais il faut pouvoir bien les identifier et bien les expliquer au patient dès le départ. Quand on leur explique, ils voient bien à quoi ça sert pour eux. Ils comprennent que ce n'est pas parce qu'on n'est pas présents à côté d'eux que l'on ne travaille pas pour eux et que l'on n'œuvre pas pour leur réinsertion sociale et professionnelle. Je pense que c'est facilement un cinquième du temps indirect par patient et par ergothérapeute voire peut-être un petit peu plus même (Rires). Parce qu'une heure de rééducation où on est avec la personne, c'est du temps direct, le temps indirect ça prend nécessairement plus de temps, c'est du temps de rédaction, du temps de recherche et du temps qui va demander des contacts avec l'extérieur. Donc pour une VAD il y a une heure sur place on va dire avec le patient et facilement derrière trois heures, si on veut faire quelque chose de correct avec un compte-rendu qui explique avec des propositions d'aménagements, avec des devis et des essais éventuellement encore derrière. Une VAD en

réalité c'est facilement 4 à 5 heures de travail pour une heure réelle passée avec le patient et sa famille, une heure, une heure et demi.

L'ORGANISATION DE L'INTERVENTION DE L'ERGOTHERAPEUTE EN SSR

Mots clés : *Ergothérapeute - Organisation de travail - Aménagement de domicile - Retour à domicile - Activités indirectes.*

L'ergothérapeute a un rôle essentiel dans le retour à domicile du patient victime d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) grâce à sa qualité d'expert en aménagement de l'environnement. Cette étude vise à comprendre comment l'ergothérapeute organise cette intervention qui s'articule entre des actes effectués sans le patient (actes "indirects") et d'autres réalisés en sa présence (actes "directs"). Les entretiens réalisés auprès de cinq ergothérapeutes exerçant en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) en Ile-de-France mettent en exergue différentes stratégies d'organisation. Certaines libèrent une demi-journée par semaine pour réaliser les activités indirectes, d'autres réservent l'ensemble de leur après-midi pour les effectuer quand d'autres prévoient du temps en extrémité de journée. De plus, des moyens matériels comme des logiciels ou la collaboration avec des professionnels extérieurs à la structure semblent améliorer leur organisation et ainsi répondre au projet de vie du patient victime d'AVC. Par ailleurs, ces entretiens montrent que les activités "indirectes" sont des éléments indispensables dans la réalisation du projet de vie et du retour à domicile du patient cérébro-lésé. Ainsi, ces activités mériteraient d'être mieux expliquées auprès des patients et des autres professionnels afin d'être davantage valorisées.

Keywords: *Occupational therapist - Organization of work - Home adaptation - Come back home - Activity without patient.*

The role of the occupational therapist (OT) in the return home of a patient after stroke is central. The objective of this research is to show how the OT plans his/her intervention (during home adaptation) between activities with the patient such as rehabilitation and activities without the patient such as report writing after the home visit. The interviews of five OTs working in rehabilitation centers in Ile-de-France show that they organize their time during the day differently. Some dedicate one half-day per week to patient related activities without the patient, some a period at the beginning and at the end of each day and some every afternoon. Technical tools and software contribute to the good organization of the patient's care. Moreover, these interviews show that activities without the patient are essential for the patient's return home after a stroke. So, these activities should be explained to patients and other professionals to become more intelligible.