



INSTITUT DE FORMATION



EN ERGOTHERAPIE

- Toulouse -



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES D'ERGOTHERAPIE

« Retour à domicile de la personne âgée fragile : quelles perspectives pour l'ergothérapeute en Occitanie ? »

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 (S6) et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Directeur de mémoire : Arnaud SCHABAILLE

Lucie VIDAL

Mai 2021

Promotion 2018/2021

Engagement et autorisation

Je soussignée Lucie VIDAL, étudiant (e) en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.
Le : 10 mai 2021

Signature de la candidate :



Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire

Remerciements

Je tiens à remercier les différentes personnes ayant participé à l'élaboration de ce mémoire, pour leur temps consacré, leurs conseils bienveillants et leur soutien.

Premièrement, je tiens à remercier mon directeur de mémoire SCHABAILLE A. pour son implication tout au long de ce mémoire et pour ses précieux conseils et ses encouragements.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Toulouse pour leurs savoirs et leurs expériences qui m'ont permis de progresser dans la confection de ce mémoire.

Je souhaite aussi remercier les trois ergothérapeutes qui ont eu la gentillesse de répondre à mes entretiens.

Un grand merci aux ergothérapeutes qui m'ont accueilli en stage, qui m'ont inculqué des valeurs qui rythmeront ma pratique professionnelle.

Ma rencontre avec l'assistante sociale Anaïs Gayraud a été riche et m'a permis d'éclaircir les possibilités d'aides pour les retours à domicile.

Ma famille et mes amis ont été d'un immense soutien durant cette année spécialement ma maman et ma sœur. Vos encouragements ont été très réconfortant.

Et enfin, je tiens à remercier ma promotion avec laquelle nous avons partagé de nombreux moments de doute, de joie mais avec laquelle nous nous sommes toujours tous soutenus durant ces trois années et avec laquelle je garderai des souvenirs impérissables.

Sommaire

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	CONTEXTE SANITAIRE	1
1.2	SITUATION D'APPEL.....	1
1.3	LE CHOIX DU SUJET.....	2
2	APPORTS THEORIQUES.....	3
2.1	LA PLACE DE LA PERSONNE AGEE, UNE QUESTION QUI TRAVERSE LES DECENNIES.....	3
2.2	LE PHENOMENE DU VIEILLISSEMENT.....	3
2.2.1	<i>Définition du vieillissement</i>	<i>3</i>
2.2.2	<i>Contexte épidémiologique</i>	<i>4</i>
2.3	LA NOTION DE FRAGILITE	5
2.3.1	<i>Définition de la fragilité</i>	<i>5</i>
2.3.2	<i>Caractéristiques de la fragilité.....</i>	<i>5</i>
2.3.3	<i>La prise en charge de la fragilité en Occitanie</i>	<i>6</i>
2.3.4	<i>Epidémiologie de la fragilité en France</i>	<i>7</i>
2.4	LE DEROULEMENT DU RETOUR A DOMICILE	8
2.4.1	<i>La sortie d'hospitalisation.....</i>	<i>8</i>
2.4.2	<i>Le modèle biomédical.....</i>	<i>8</i>
2.4.3	<i>Les plans d'aide pour le retour à domicile.....</i>	<i>9</i>
2.5	LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE, DES ENTITES FACILITANT LE PARCOURS DES PERSONNES AGEES FRAGILES	11
2.5.1	<i>Le rôle d'une équipe mobile de gériatrie.....</i>	<i>11</i>
2.5.2	<i>Création des équipes mobiles de gériatrie</i>	<i>11</i>
2.5.3	<i>Les missions d'une équipe mobile de gériatrie.....</i>	<i>11</i>
2.5.4	<i>Les équipes mobiles de gériatrie en Occitanie</i>	<i>12</i>
2.6	LA SPECIFICITE DE L'ERGOTHERAPEUTE DANS LE RETOUR A DOMICILE DES PERSONNES AGEES FRAGILES	13
2.6.1	<i>Le rôle de l'ergothérapeute</i>	<i>13</i>
2.6.2	<i>Le modèle PEOP</i>	<i>13</i>
2.6.3	<i>Les évaluations écologiques</i>	<i>15</i>
2.6.4	<i>L'intervention domiciliaire et la prévention des risques de chute.....</i>	<i>16</i>
3	QUESTION DE RECHERCHE	18
3.1	PROBLEMATIQUE	18
3.2	HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	18
4	PHASE EXPERIMENTALE.....	19
4.1	CHOIX DE LA METHODE EXPERIMENTALE	19
4.2	ELABORATION DES ENTRETIENS	19
4.3	PROCEDURE DE LA METHODE CHOISIE : LES ENTRETIENS SEMI-STRUCTURES.....	20

4.4	OUTILS D'ANALYSE	21
5	PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE	23
5.1	LES MISSIONS DES ERGOTHERAPEUTES DANS LEURS SERVICES	23
5.2	LES REPRESENTATIONS DE L'ETAT DE FRAGILITE.....	23
5.3	L'INTERVENTION DES ERGOTHERAPEUTES DANS LE CADRE DU RETOUR A DOMICILE DE LA PERSONNE AGEE FRAGILE.....	24
5.3.1	<i>Les retours à domicile pour une ergothérapeute en service hospitalier de gériatrie</i>	<i>24</i>
5.3.2	<i>Les retours à domicile pour une ergothérapeute en équipe mobile de gériatrie</i>	<i>24</i>
5.3.3	<i>Les retours à domicile pour un ergothérapeute en soins de suite et de réadaptation</i>	<i>25</i>
5.3.4	<i>Les déroulés des interventions ergothérapeutiques.....</i>	<i>26</i>
5.4	LA PLACE DES ERGOTHERAPEUTES DANS LES INTERVENTIONS DE RETOURS A DOMICILE EN OCCITANIE 26	
5.5	VALIDATION OU INVALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	27
6	DISCUSSION.....	28
6.1	LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE :	28
6.2	DE LA PARTIE EXPLORATOIRE A L'EXPERIMENTATION.....	28
6.3	DES PROJETS NOVATEURS POUR LA FRAGILITE EN OCCITANIE.....	30
7	CONCLUSION	32
8	BIBLIOGRAPHIE.....	33
9	ANNEXES.....	I
9.1	ANNEXE N°1 : GERONTOPOLE FRAILTY SCREENING TOOL (GFST).....	I
9.2	DOCUMENT DE SORTIE D'HOSPITALISATION	II
9.3	ANNEXE N°2 : CHECK LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION	V
9.4	ANNEXE N°3 : MATRICE	VI
9.5	ANNEXE N°4 : TRAME D'ENTRETIEN.....	VII
9.6	ANNEXE N°5 : DOCUMENT VIERGE DU CONSENTEMENT D'ENREGISTREMENT	X
9.7	ANNEXE N°6 : ENTRETIEN E1	XI
9.8	ANNEXE N°7 : ENTRETIEN E2	XVII
9.9	ANNEXE N°8 : ENTRETIEN E3	XXIV
9.10	ANNEXE N°9 : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS	XXXV

Glossaire :

AEG : Altération de l'état général	ICOPE : Soins intégrés pour les personnes âgées (traduction libre)
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources	INED : Institut National d'Etudes Démographiques
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance	INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes	INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ARS : Agence Régionale de Santé	PCH : Prestation de Compensation du Handicap
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail	PEOP : Personne Environnement Occupation Performance
CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation	PNSP : Programme National pour la Sécurité du Patient
DRAD : Dispositifs Renforcés de soutien à Domicile	SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
EMG : Equipe Mobile de Gériatrie	SSIAD : Services de soins Infirmiers à Domicile
GIR : Groupe Iso-Ressources	SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
HAD : Hospitalisation à Domicile	
HAS : Haute Autorité de Santé	

1 Introduction

1.1 Contexte sanitaire

A l'heure où j'écris ce mémoire, le contexte actuel est un peu spécial. En effet, nous sommes dans une année perturbée par la pandémie mondiale du SARS-COV 19. Celle-ci modifie énormément notre quotidien et nous force à la réflexion. Tout le monde est concerné par ce virus. A cause de celui-ci, plusieurs mesures inédites ont dû être prises comme les confinements.

Ce contexte permet de mettre en évidence des limites d'intégration de la population âgée dans notre société. Effectivement, cette pandémie souligne les diverses problématiques qu'il peut y avoir concernant l'accompagnement des personnes âgées qui, durant cette période, souffrent énormément. La question de cet accompagnement a donc été énormément discutée et certaines mesures sont en cheminement pour « construire des sociétés inclusives, durables, adaptées au vieillissement et prêtes à affronter l'avenir ». (Guterres, 2020)

1.2 Situation d'appel

Durant un stage en service neurologique dans un hôpital d'Occitanie, j'ai été amenée à me rendre dans l'unité de soins gériatriques aiguës pour faire des évaluations. C'était principalement des évaluations de toilette, d'habillage et des bilans cognitifs à la demande des gériatres. Suite à plusieurs observations, j'ai constaté que de nombreuses personnes âgées étaient renvoyées à domicile sans tenir compte des difficultés observées durant nos évaluations. J'ai suivi tout cela de loin car je n'étais que stagiaire et je n'allais dans ce service qu'occasionnellement pour réaliser certains bilans. Pour le peu de temps que j'y ai passé, j'ai ressenti de la frustration, du fait de ne pas être aller au bout des choses pour certains patients. Est-ce un constat récurrent ou une conséquence de la pandémie mondiale du SARS-COV 19 qui a modifié les activités hospitalières ?

Pour illustrer mes propos, je peux vous raconter brièvement une situation réelle qui s'est déroulée durant mon stage. Je devais réaliser une toilette évaluative avec un patient présentant une altération de l'état général de santé. À mon arrivée, ce patient était allongé dans son lit. J'ai rapidement remarqué que pour le transfert allongé-assis, le patient utilisait la demi barrière de lit pour prendre appui. J'y ai alors demandé comment il faisait chez lui, il m'a annoncé que le transfert était compliqué et que cela lui demandait beaucoup d'effort. Suite à cette observation, notifiée dans le dossier médical, j'ai voulu tester une barre latérale de redressement pour voir

si cela pourrait l'aider à domicile. Cependant, la sortie d'hospitalisation du patient a été prononcée rapidement et il n'a pas pu bénéficier de la barre de redressement pour son domicile.

Cette situation m'a beaucoup questionnée et c'est la raison pour laquelle j'ai décidé de faire mon sujet de mémoire sur le retour à domicile de la personne âgée fragile en Occitanie et la place de l'ergothérapeute dans ce retour.

1.3 Le choix du sujet

Ce sentiment, éprouvé lors d'une situation de stage, a été renforcé par le contexte sanitaire actuel et entraîne de nombreuses réflexions sur la place de la personne âgée. Suite à cela, je me suis alors intéressée au retour à domicile de la personne âgée fragile en Occitanie et de notre spécificité en tant qu'ergothérapeute.

Dans ce mémoire, nous tenterons de démontrer le rôle essentiel de l'ergothérapeute dans le retour à domicile de la personne âgée fragile. Pour cela, dans un premier temps, j'exposerai l'importance de prendre en compte les personnes âgées qui seront de plus en plus nombreuses dans les années à venir. Puis, je développerai le concept de fragilité qui est un état préoccupant étant donné ce vieillissement démographique. Ensuite, nous verrons le déroulement du retour à domicile et la spécificité d'intervention en ergothérapie. Nous réaliserons une étude expérimentale pour observer la spécificité des ergothérapeutes pour le retour à domicile de la personne âgée fragile. Ensuite, nous analyserons les résultats puis nous en discuterons.

2 Apports théoriques

2.1 La place de la personne âgée, une question qui traverse les décennies

« D’après le gérontologue américain Lansing, la vieillesse est un processus progressif de changement défavorable, ordinairement lié au passage du temps, devenant apparent après la maturité et aboutissant invariablement à la mort. » (De Beauvoir, 1970). Durant les années 70, Simone de Beauvoir explique que le phénomène de vieillissement est « tabou » et réfléchit déjà à la place de ces personnes au sein de la société. A cette époque, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 12% de la population française. Dans son livre, Simone de Beauvoir dénonce les conditions désastreuses du vieillissement. Les personnes âgées « sont condamnées à la misère, à la solitude, aux infirmités, au désespoir. » (De Beauvoir, 1970). Cette question autour du vieillissement est un sujet omniprésent et ce déjà dans les années 70. De nos jours, ce thème est encore d’actualité. Comment, plus de cinquante ans après, cette problématique a-t-elle évolué ?

2.2 Le phénomène du vieillissement

2.2.1 Définition du vieillissement

En 2018, L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonce que d’un point de vue biologique, « le vieillissement est le produit de l’accumulation d’un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. » (OMS, 2018). De plus en 2020, cette même organisation renseigne que la population des plus de soixante ans augmente à l’échelle mondiale et qu’il est donc indispensable de prévenir cette augmentation pour anticiper les différentes conséquences afin de répondre à l’ensemble des besoins de cette population (OMS, 2020). Pour l’OMS, l’amélioration de la santé et des conditions socio-économiques expliqueraient le fait que l’on puisse vivre plus longtemps sur cette planète.

Par ailleurs, le vieillissement n’est pas un phénomène égalitaire. Certaines personnes peuvent vivre âgées en bonne santé alors que d’autres au même âge sont davantage « fragiles et ont besoin de beaucoup d’aide » (OMS, 2018). La section de l’ouvrage d’Éric Trouvé souligne ces différences en montrant qu’il existe plusieurs vieillissements : le vieillissement « réussi » où la personne est en bonne santé physique, cognitive et psychologique ; le vieillissement « habituel » où la personne ressent des atteintes physiologiques liées à l’âge, et enfin, le vieillissement « pathologique » où la personne souffre de pathologies conséquentes souvent associées à une dépendance importante. (Jouaffre & Nouvel , 2009)

2.2.2 Contexte épidémiologique

2.2.2.1 *Le vieillissement démographique*

Le vieillissement démographique est un processus qui explique l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Les êtres humains en 2020, vivent plus longtemps qu'il y a 50 ans et ce phénomène ne cesse de progresser. Le nombre de séniors, personnes âgées de plus de 65 ans, double tous les 50 ans : en 1920, ils représentaient 9% de la population française et 20% en 2018.

En 2018, la France comptait 13,1 millions de séniors. D'après l'INSEE, en 2070, nous pourrions nous attendre à 21,9 millions de séniors. Cela représenterait 29 % de la population. Le vieillissement de la population est notable et continu de progresser au fil des années. Ce vieillissement peut en partie s'expliquer par l'augmentation de l'espérance de vie. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, nous remarquons une nette évolution de cette espérance de vie grâce aux progrès de la médecine et grâce à l'amélioration des conditions de vie et des systèmes de soin. D'après l'INSEE, en 2060, l'espérance de vie à la naissance pourrait atteindre 93 ans pour les femmes et 90 ans pour les hommes. Pour cette même année, les personnes de plus de 60 ans pourraient représenter un tiers de la population (INSEE, 2010) .

2.2.2.2 *La transition épidémiologique*

Parallèlement à ce vieillissement de la population, il existe un phénomène de transition épidémiologique. Ce dernier est défini comme étant « une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents » (Ined, 2021). En 2007, Alain Colvez, médecin épidémiologiste et directeur de recherche à l'Inserm, précise que « malgré des coeurs solides, des esprits rapides et une meilleure santé, nous allons devoir composer notre vieillesse avec des pathologies chroniques plus ou moins invalidantes ». Il affirme aussi que « le logement, lieu de l'intime, du confort et de la sécurité mais aussi interface et espaces sociaux, tendent à prendre une place primordiale » (Colvez, 2007) .

Cette transition épidémiologique montre que le vieillissement de la population sera accompagné d'états de santé dégradés avec un besoin de prise en soins sur une longue durée. Cela pourra entraîner de nombreuses situations de dépendance et de perte d'autonomie. Effectivement, la concertation grand âge en 2019 a mis en lumière que 2,2 millions de personnes seront en perte d'autonomie en 2050, contre 1,3 millions en 2017. Il serait donc essentiel de limiter ces pertes d'autonomie.

Pour cela, il existe un état charnière qui marque un équilibre instable favorisant la survenue de perte d'autonomie. Si cet état est pris en charge précocement, ses conséquences pourront être limitées. Cette notion est appelée l'état de fragilité.

2.3 La notion de fragilité

2.3.1 Définition de la fragilité

En 2011, la société française de gériatrie et de gérontologie a défini la fragilité comme « un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrées en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. » (HAS, 2013a)

Valérie Jouaffre et Fabrice Nouvel, décrivent la fragilité comme un stade de vieillissement situé entre le vieillissement « habituel » et le vieillissement « pathologique ». Il s'agit d'un état d'instabilité augmentant les risques de décompensation et pouvant mener à une perte d'autonomie, une institutionnalisation ou même un décès.

D'après le livre blanc, les professeurs Robine et Andrieu concluent en disant que « la fragilité mesure ou indique un déclin des réserves physiologiques et de la résistance au stress indépendamment des pathologies présentes. Ce serait en ce sens une mesure de la sénescence biologique ou du capital santé restant. » (Robine & Andrieu). Fried rajoute que la fragilité est « une entité distincte et une cause indépendante d'incapacité physique » (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson, & Anderson, 2004) (traduction libre).

D'après ces définitions, la fragilité désigne un état qui pourrait mener vers une perte d'autonomie. Cet état est un concept indépendant au vieillissement et aux comorbidités. Même si ces deux éléments favorisent également les risques de perte d'autonomie.

2.3.2 Caractéristiques de la fragilité

2.3.2.1 Les causes de la fragilité

Plusieurs éléments peuvent favoriser la présence d'une fragilité. Plusieurs facteurs de risques sont notables comme les facteurs économiques, les facteurs sociaux (veuvage, vie isolé...), environnementaux (logement...), médicaux (absence de médecin traitant, non recours aux soins, affection de longue durée...). Cette entrée dans la fragilité se traduit souvent par une rupture ou par un choc et impacte alors la santé de la personne et son autonomie au quotidien. Cependant, le concept de fragilité est réversible, s'il est pris précocement. (ARS Occitanie, 2017)

2.3.2.2 *L'évaluation de la fragilité*

Selon Fried, il existe un phénotype du syndrome de fragilité se décrivant en 5 critères : la faiblesse générale, une endurance moindre, l'activité physique réduite, la vitesse de marche lente (temps sur 4 mètres calculé en fonction de la taille et du poids) et la perte de poids involontaire (> 5kg en 1 an). (Fried, et al., 2001)

Ces critères ont servi de base à l'élaboration d'outils standardisés pour évaluer la fragilité et sont largement repris dans la littérature pour décrire le phénomène de fragilité.

En se basant simplement sur ces 5 critères, une personne est dite fragile lorsqu'elle présente 3 de ces critères, une personne est pré-fragile si elle présente 1 ou 2 critères et enfin une personne est dite robuste lorsqu'elle ne présente aucun de ces symptômes. D'autres outils sont inspirés de ces critères comme Gérontopôle Frailty Scening Tool (GFST), le study of Osteoporotic Fractures (SOF), le FRAIL scale et le Short physical Performance Battery (SPPB).

Cependant, nous remarquons tout de même une variabilité des domaines explorés par ces outils d'évaluation. « C'est à chaque équipe de choisir l'outil le plus adapté à sa pratique. L'essentiel étant désormais de savoir repérer les personnes âgées fragiles et de mettre en place les interventions nécessaires au maintien de l'autonomie » (Vellas, 2015).

2.3.2.3 *Les conséquences de la fragilité*

D'après l'étude de Fried, sur la recherche d'un phénotype de fragilité, ce syndrome clinique est un indicateur d'aggravation de l'incapacité de mobilité et de réduction de participation aux activités de la vie quotidienne. Elle montre également une prédisposition aux risques de chute pour les personnes âgées fragiles. De plus, cela entraîne davantage d'hospitalisations et cela a une incidence sur le nombre de décès. (Fried, et al., 2001)

2.3.3 *La prise en charge de la fragilité en Occitanie*

En septembre 2017, le gérontopôle de Toulouse a été désigné : centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie. Ainsi, il est reconnu comme un pôle de référence gériatrique, au niveau national et international. Depuis, plusieurs établissements de la région se sont ouverts et spécialisés à ce concept de fragilité. (Hôpitaux de Toulouse, s.d.)

Le 20 septembre 2011, un hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance a vu le jour à Toulouse. Il permet d'évaluer les personnes âgées qui ont des critères de fragilité : perte de poids involontaire (4 ou 5 kg en un an), sensation subjective d'épuisement, diminution de la force musculaire, vitesse de marche lente (plus de 4 secondes

pour parcourir 4 mètres), activité physique réduite (grande sédentarité) mais dont l'autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne est maintenue.

Les médecins généralistes traitants sont les premiers à pouvoir repérer ces signes de fragilité. A ce compte, cet hôpital de jour a mis en place un questionnaire à destination de ces médecins pour qu'ils puissent orienter leurs patients vers une évaluation des fragilités : le gérontopôle frailty screening tool (GFST) (Annexe 1). Cette évaluation est une évaluation gériatrique multidimensionnelle effectuée par une équipe pluridisciplinaire en partenariat avec le médecin généraliste. Elle a pour but de confirmer le diagnostic de fragilité et de proposer par la suite des axes de prise en charge en fonction des résultats de celle-ci. Ce médecin généraliste sera le coordinateur pour l'application des différentes mesures proposées par l'équipe pluridisciplinaire. Tout cela dans un objectif de prévenir et de retarder l'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles. (Hôpitaux de Toulouse, s.d.)

2.3.4 Epidémiologie de la fragilité en France

En 2015, Bruno Vellas annonce que les personnes âgées fragiles vivant à domicile représentent 10 % des personnes de plus de 65 ans et 30 % seraient en situation de pré-fragilité. (Vellas, 2015)

En 2017, l'ARS Occitanie illustre ces données épidémiologiques en expliquant que l'espérance de vie d'un homme à 65 ans est de 17 ans. Sur ces 17 années, l'homme est en moyenne robuste sur une dizaine d'année soit jusqu'à 75 ans, puis passe 2 ans en état de pré-fragilité et 1 an en état de fragilité. Enfin, les années suivantes, les hommes sont dans une incapacité sévère. Pour les femmes, leur espérance de vie à 65 ans est plus longue, 22 ans, mais elles passent moins de temps en état de robustesse, 9 ans. Pour les phases de pré-fragilité, et de fragilité elles sont plus longues que chez les hommes mais l'ARS ne les quantifie pas. En ce qui concerne l'incapacité sévère pour les femmes, l'ARS ne se prononce pas.

En tenant compte du vieillissement de la population et de la transition épidémiologique énoncés précédemment, nous pouvons imaginer que l'état de fragilité est un état récurrent. La fragilité peut donc être un état sur lequel il sera important d'intervenir, notamment pour le retour à domicile.

2.4 Le déroulement du retour à domicile

2.4.1 La sortie d'hospitalisation

A la fin d'une hospitalisation, le médecin hospitalier prend la décision de sortie du patient et doit lui transmettre le document de sortie (Annexe 2). Ce dernier renseigne les différentes informations du séjour ainsi que les éléments nécessaires au suivi. Ce document s'insère dans le programme national de sécurité du patient (PNSP). Il doit être déposé sur le dossier médical partagé et / ou envoyé par messagerie sécurisée aux professionnels de santé qui sont amenés à poursuivre les soins du patient. Ce document fait partie du compte rendu d'hospitalisation (CRH). (HAS, 2014)

Par ailleurs, depuis février 2015, l'Haute Autorité de Santé a mis en place une *check-list* de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h (Annexe 3). C'est un outil de formation qui permet d'améliorer les pratiques professionnelles et aide les soignants à organiser les sorties d'hospitalisations afin de « minimiser les ruptures de parcours et les réadmissions non programmées » (HAS, 2015) . Il se centre autour de trois axes : l'identification des facteurs de risque de réhospitalisation, la vérification de l'exactitude des informations transmises aux professionnels de santé et l'organisation de la sortie.

La sortie d'hospitalisation étant programmée, le médecin hospitalier et son équipe, en accord avec la famille, peuvent alors décider de l'orientation de sortie du patient. Cette décision est définie en fonction de la volonté du patient, de son état de santé, de la disponibilité des offres de placement et des aides pouvant être mis en place.

Le médecin hospitalier prend la décision de la fin d'hospitalisation. Il peut prescrire une hospitalisation à domicile (HAD) en fonction de l'état de la personne. En effet, une HAD est mise en place seulement lorsque des soins considérés comme lourds sont nécessaires.

D'après le schéma régional de santé, le retour à domicile semble être privilégié lorsqu'une personne est hospitalisée. En effet, il est décrit dans de nombreux cas comme étant une décision à favoriser dans la mesure du possible. (ARS Occitanie, 2018)

2.4.2 Le modèle biomédical

Le modèle biomédical annonce une approche centrée sur la pathologie. Cela implique que la maladie est une conséquence anatomique ou physiopathologique. Si ces problématiques sont résolues alors le patient est considéré comme guéri. Dans le cas d'une hospitalisation, ce modèle se traduirait par une sortie acceptable lorsque le motif d'entrée est résolu. De nos jours, ce modèle de pensée est présent. Cependant, le retour à domicile d'une personne impacte plusieurs composantes à prendre en considération. La problématique de santé est très

certainement la chose la plus importante à régler lors d'une hospitalisation, mais pour que la transition entre l'hôpital et le domicile se passe au mieux, la considération de la globalité de la personne peut être la plus appropriée.

Pour cela, des modèles conceptuels centrés sur la personne et non plus sur la pathologie, permettraient de prendre en compte plusieurs facteurs afin de permettre un retour à domicile adapté aux besoins de la personne.

2.4.3 Les plans d'aide pour le retour à domicile

Il existe différents plans d'aide pour le retour à domicile d'une personne âgée fragile. Dans un premier temps, les assistants sociaux hospitaliers contactent les mutuelles des patients afin de mettre en place une aide d'urgence pour le retour à domicile. Cela peut être effectif sous 48 heures. Cette aide est comprise dans le contrat des mutuelles. Ce plan d'aide ne s'effectue que sur du court terme. En fonction des besoins et des ressources de la personne, les mutuelles peuvent financer le passage d'organismes médicaux d'aide à domicile (SSIAD, SAAD, SPASAD, infirmiers libéraux...) mais aussi le portage de repas. Tout cela peut varier en fonction des mutuelles et des contrats souscrits.

Par ailleurs, les personnes de plus de 75 ans bénéficiant de la retraite complémentaire AGIRC ARCCO peuvent aussi recevoir de l'aide à domicile momentanée. Cette retraite complémentaire prend totalement en charge l'organisation et le financement des heures. Avec ce service, les personnes peuvent obtenir un soutien de 10 heures sur 6 semaines (aide au ménage, à la préparation des repas, aux courses...). Ce plan d'aide est cumulable avec les aides d'urgence de la mutuelle mais avec aucun autre plan d'aide (APA, PCH...). Il est aussi effectif sous 48 heures. Suite à cette aide momentanée, le bénéficiaire peut demander la réalisation d'un diagnostic « Bien Chez Moi ». Pour cela, un ergothérapeute intervient à domicile afin de déceler les éléments facilitateurs et obstacles de l'environnement en prenant en compte les habitudes de vie de la personne. L'ergothérapeute préconisera des aménagements ou des conseils d'adaptation afin d'améliorer la qualité de vie du patient et de leur garantir la sûreté du logement. (Agirc-Arrco, 2020)

De plus, il existe une aide au retour à domicile après hospitalisation par les caisses de retraite et dure 2 mois. Cependant, sur le long terme, les caisses de retraite peuvent proposer d'autre soutien sous condition de revenu. Par exemple, la caisse de retraite Carsat, propose un service afin de sécuriser le retour à domicile dans le but d'éviter une nouvelle hospitalisation.

Dans le cas où une personne est GIR 1, 2, 3 ou 4, le conseil départemental peut délivrer l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), sous condition de revenu. Cela n'est pas cumulable avec les autres plans d'aide mais étant donné qu'un dossier peut prendre plusieurs mois avant d'être effectif, les demandes d'aide d'urgence à la mutuelle peuvent être mises en place le temps de l'instruction du dossier APA. L'évaluation du GIR est définie en fonction de la grille AGGIR.

Dans le cas où une personne a eu une aide de Prescription de Compensation du Handicap (PCH) avant l'âge de 60 ans, elle peut la garder pour son retour à domicile. Mais cette aide n'est pas cumulable avec une autre aide.

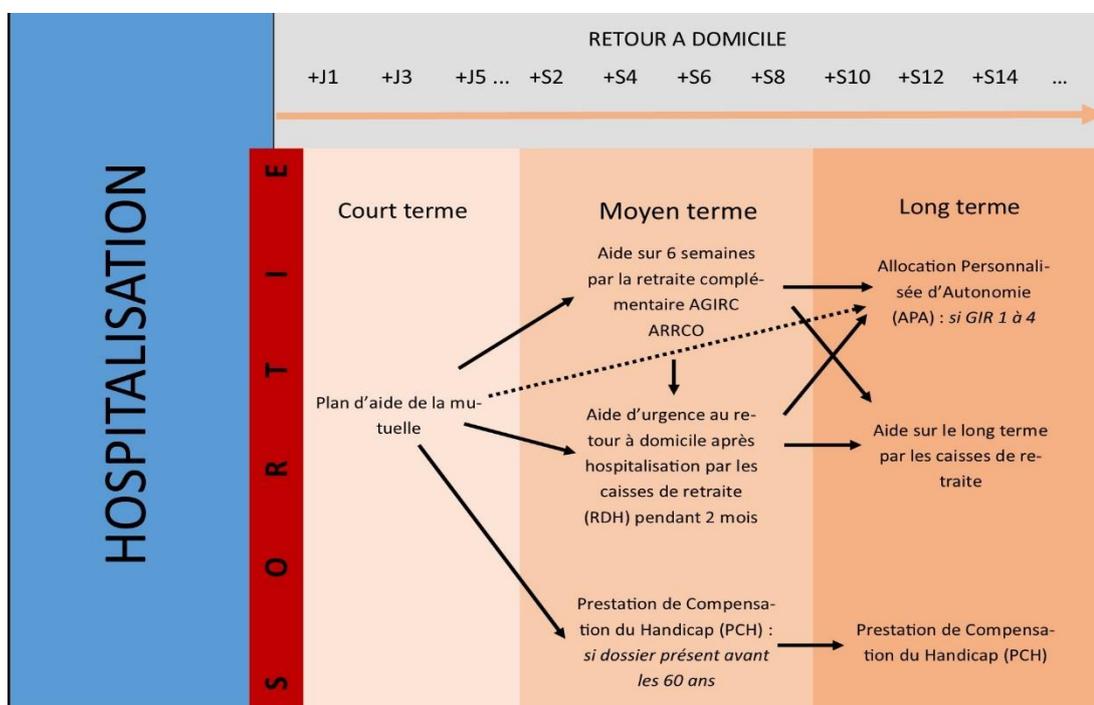


Schéma illustrant les possibilités d'aides pouvant accompagner les personnes âgées

La fragilité est un état qui est de plus en plus pris en charge en région Occitanie. Effectivement, le gérontopôle de Toulouse, élu centre collaboration par OMS pour la fragilité, a déployé de nombreux dispositifs, dans toute la région, afin prévenir cette fragilité et qu'elle soit le plus rapidement possible détectée. Cependant, la population vieillissant et la transition épidémiologique opérant, cette fragilité est de plus en plus présente dans la région Occitanie. En étant hospitalisées, ces personnes peuvent être d'autant plus fragiles de par leur situation et

un retour à domicile peut s'apparenter comme étant une étape difficile à surmonter. Pour cela, les équipes mobiles de gériatrie peuvent être des éléments facilitant le parcours de la personne âgée fragile et les ergothérapeutes peuvent être des professionnels essentiels et nécessaires à cette rupture hôpital / domicile.

2.5 Les équipes mobiles de gériatrie, des entités facilitant le parcours des personnes âgées fragiles

2.5.1 Le rôle d'une équipe mobile de gériatrie

D'après le circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins de 2007, les équipes mobiles de gériatrie interviennent « en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé des personnes âgées ». (Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique). Elles accompagnent les structures dont elles dépendent dans la prise en charge des patients mais aussi dans leur orientation dans la filière gériatrique. Elles sont composées à minima d'un médecin gériatre, d'un temps de secrétariat et doit obligatoirement faire intervenir un psychologue et/ou un professionnel paramédical et social.

2.5.2 Création des équipes mobiles de gériatrie

Les équipes mobiles de gériatrie sont des équipes missionnées pour permettre un retour à domicile de la personne hospitalisée. Suite au circulaire de 2002 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ces équipes ont commencé à fleurir dans les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux. Ces dernières répondent aux besoins d'amélioration de la filière gériatrique. L'objectif de ces équipes mobiles est de donner un « avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée » (Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique). La population cible des équipes mobiles de gériatrie est la personne fragile, même si désormais cela n'est plus d'actualité et est désormais un peu plus vaste.

2.5.3 Les missions d'une équipe mobile de gériatrie

Leurs missions sont nombreuses. D'après le circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins de 2007, les équipes mobiles de gériatrie peuvent :

- « - dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
 - les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
 - participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile
 - conseiller, informer et former les équipes soignantes ;
 - intervenir dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise ;
 - participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques. » (Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)

2.5.4 Les équipes mobiles de gériatrie en Occitanie

L'ancien projet régional de santé de la région Occitanie, datant de 2014, avait pour objectif de déployer les équipes mobiles de gériatrie partout sur le territoire dans le cadre spécifique de la coordination des acteurs de la filière gériatrique. De plus, il incitait l'intervention des EMG en extrahospitalier (domicile, EHPAD).

D'après les travaux préparatoires au projet régional de santé Occitanie de 2017, 35 EMG sont opérationnelles sur la région Occitanie. Un appel à candidature a été lancée pour observer l'activité des équipes mobiles gériatrique. Pour cela, un rapport d'activité annuel doit être transmis à l'ARS. Il s'agit d'un rapport utilisant l'outil ANAP. Cet outil est commun à l'ensemble des équipes mobile de gériatrie afin de suivre et d'analyser l'activité de ces équipes. Cet appel à candidature a été réalisée par l'agence régionale de santé d'Occitanie et s'intitule liste RC Occitanie 2019-2023. Suite à l'analyse des résultats « une refonte du financement pourrait intégrer une part au prorata du nombre d'interventions en extra hospitalier » (ARS Occitanie, 2017).

2.6 La spécificité de l'ergothérapeute dans le retour à domicile des personnes âgées fragiles

2.6.1 Le rôle de l'ergothérapeute

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) décrit l'objectif de l'ergothérapie comme étant « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (ANFE, 2019)

L'ergothérapie est une profession qui fait le lien entre la santé et les activités humaines. Le retour à domicile est une transition, un passage entre l'hospitalisation et son domicile. Pendant l'hospitalisation, la personne âgée s'est retrouvée dans un environnement complètement inconnu où les habitudes et les activités ont été modifiées voir totalement arrêtées. Par-dessus cela, il faut ajouter les problématiques de santé pour lesquelles la personne a été hospitalisée. Ce passage est alors déterminant pour ré-appréhender la vie avec des problématiques nouvelles.

L'ergothérapeute peut alors s'imposer comme un professionnel adapté pour ce type de situation. Son objectif sera de trouver une performance occupationnelle satisfaisante dans les occupations de la personne à prenant en compte son environnement. Pour cela, l'ergothérapeute peut fonder son intervention sur le modèle conceptuel du PEOP (Personne, Environnement, Occupation, Performance).

2.6.2 Le modèle PEOP

Ce modèle est à la fois écologique et systémique. Il se base sur l'interaction entre les caractéristiques de la personne et son environnement, ce qui influence la performance occupationnelle de l'individu à réaliser des occupations.

Il considère trois concepts fondamentaux à savoir :

- les facteurs personnels, c'est-à-dire les caractéristiques de la personne : physiologiques, psychologiques, motrices, sensorielles, cognitives, spirituelles. Les capacités ou déficiences de la personne auront un impact sur la performance occupationnelle.

- les facteurs environnementaux (physique, social, culturel, politique, technologique) peuvent être des éléments facilitateurs ou obstacles à la réalisation des occupations et auront aussi une influence directe sur la performance occupationnelle.

- « les occupations (activités, tâches, rôles) que les individus veulent et / ou doivent réaliser. » (Morel-Bracq, 2017)

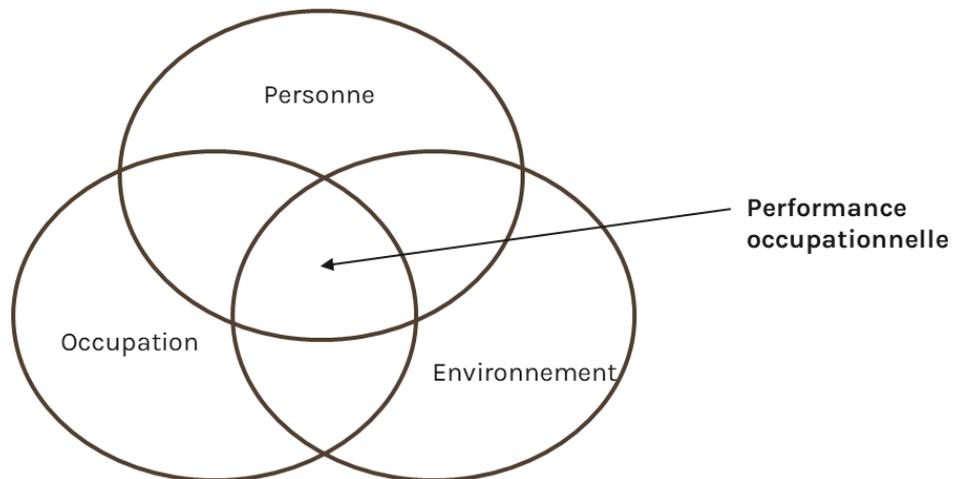


Schéma du modèle PEOP (Morel-Bracq, 2017)

« Le modèle PEOP est un modèle centré sur le client, c'est-à-dire que le client doit établir activement des objectifs et participer à la détermination d'un plan qui favorise la performance occupationnelle » (Baum, Christiansen, & Bass, 2015) (traduction libre). L'intervention basée sur ce modèle s'effectue alors en étroite collaboration entre l'ergothérapeute et le patient. Ce dernier est un réel acteur de l'intervention et c'est lui qui évalue sa performance occupationnelle en fonction de sa satisfaction.

Dans la situation d'un retour à domicile, les trois éléments clés de ce modèle à savoir la personne, l'environnement, les occupations sont modifiées. Effectivement, la personne a été hospitalisée pour des problèmes de santé, cela signifie qu'elle peut avoir des déficiences nouvelles ou majorées qui doivent être prises en considération. L'environnement est lui aussi modifié, étant donné que la personne passe de l'hôpital à chez elle. Les occupations de la personne à son retour à domicile n'auront pas forcément changé mais la manière de les exécuter et de les appréhender peut-être différente et nécessiter un apprentissage ou une adaptation.

L'utilisation du PEOP semble donc être essentiel pour aborder une intervention de retour à domicile d'une personne âgée fragile. En articulant, les différents concepts du PEOP, et en réalisant des évaluations écologiques, l'ergothérapeute pourra alors proposer une intervention spécifique et adapté aux besoins de la personne.

2.6.3 Les évaluations écologiques

L'évaluation écologique est apparue il y a une vingtaine d'années et a pour vocation d'évaluer la personne au plus proche de ses conditions de vie. Cette évaluation se base sur de l'observation de la personne pendant la réalisation d'une activité dans son l'environnement. Cela permet de se rendre compte plus facilement de la réalité de la situation en limitant les biais. C'est au plus proche de ce que la personne ferait seule à son domicile.

Ces évaluations sont une des spécificités du métier d'ergothérapeute. En effet, de par ses compétences, l'ergothérapeute est le spécialiste de l'environnement et de l'occupation.

Les données recueillies par un simple entretien peuvent parfois ne pas ressembler entièrement à la réalité. Ces mises en situation dans le milieu écologique identifient les éléments facilitateurs et obstacles à la réalisation de certaines activités par le patient. Ces observations permettent d'évaluer l'autonomie et l'indépendance de la personne. Ce type d'évaluation peut simplement être des observations informelles, pendant une quelconque discussion : le patient réalise une activité et l'ergothérapeute peut l'observer pour l'analyser. Cependant, il peut exister

aussi des outils validés qui permettent de faire une évaluation écologique de certaines activités (Villaumé, 2019).

Un des outils le plus connu est le AMPS (assessment of motor and process skills). Il permet d'évaluer les habiletés motrices et opératoires d'un individu dans une activité. Ce bilan dispose d'un panel d'activités conséquent, ce qui permet à la personne de choisir une activité signifiante pour lui.

Dans le cadre d'un retour à domicile, les évaluations écologiques doivent se dérouler au domicile du patient. Cela nécessite donc une visite à domicile de la part des ergothérapeutes.

2.6.4 L'intervention domiciliaire et la prévention des risques de chute

L'objectif prépondérant pour un retour à domicile est d'assurer la sécurité de la personne à son domicile et de faire face à l'inadaptation habitant-habitat, afin que la personne puisse réaliser ses occupations de manière « sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2019)

D'après la partie précédente, nous avons pu remarquer que la fragilité est un état prédisposant aux chutes. L'ergothérapeute est un acteur sensibilisé à ces risques et peut alors axer son intervention de retour à domicile sur cette prévention. Une des missions d'un ergothérapeute serait alors de prévenir les chutes dans le quotidien de la personne et de veiller à sa sécurité dans son environnement. Pour cela, plusieurs études prouvent la nécessité de l'intervention des ergothérapeutes dans ce domaine.

En 2002, le but de l'étude de Pardessus était de montrer le bienfait d'un ergothérapeute à domicile pour réduire les risques de chute et améliorer l'autonomie de la personne âgée. La population ciblée était les personnes âgées hospitalisées pour motif de chute à domicile. Il en ressort que cette intervention permet de maintenir l'autonomie de la personne au quotidien, et donc de ralentir la perte d'autonomie. Ceci s'explique par l'identification des dangers domiciliaires qui sont alors supprimés dans la mesure du possible. De plus, les visites à domicile permettent d'observer le patient en situation écologique ce qui est idéal pour pouvoir se rendre compte des besoins de celui-ci. Cette étude explique bien que les facteurs environnementaux ne sont pas des principaux risques de chute mais, liés à la perte d'autonomie, ils peuvent engendrer des chutes. Par conséquent, les visites à domicile pendant l'hospitalisation permettent de mieux satisfaire les besoins du patient et lui proposer des prestations adaptées à ses besoins. Cela permet aussi de mieux préserver leur autonomie à long terme. (Pardessus, et al., 2002)

Pour appuyer cette étude, une seconde étude australienne montre plus distinctement le bénéfice des ergothérapeutes pour diminuer les chutes à domicile. En effet, les visites à domicile par des ergothérapeutes peuvent entraîner des modifications de comportement qui permettent aux personnes âgées de vivre plus en sécurité à leur domicile. Leur objectif était de limiter les chutes au domicile. En effet, 36% des sujets du groupe d'intervention ont fait une chute pendant les 12 mois de suivi contre 45% des témoins. (Cumming, et al., 1999)

3 Question de recherche

3.1 Problématique

Ces différents questionnements et l'ensemble de nos recherches me mènent à la question suivante : **En Occitanie, comment la pratique des ergothérapeutes permet-elle de limiter la rupture hôpital / domicile pour les personnes âgées fragiles ?**

3.2 Hypothèses de recherche

Suite à la problématique, nous avons élaboré des hypothèses qui seront à vérifier lors de la partie expérimentale. Celles-ci sont :

- les équipes mobiles de gériatrie sont des équipes qui sont le plus disposées à limiter la rupture hôpital / domicile.
- les mises en situation écologiques sont des évaluations ergothérapeutiques essentielles pour une intervention de retour à domicile.
- le risque de chute est un élément important à prendre en compte lors d'un retour à domicile de personnes âgées fragiles.

4 Phase expérimentale

4.1 Choix de la méthode expérimentale

Afin de vérifier les différentes hypothèses et pour répondre à la problématique, Nous avons choisi les entretiens semi structurés à destination de certains ergothérapeutes.

Le choix des entretiens a été pris en fonction des données que nous désirions collecter, à savoir des données qualifiées de qualitatives. D'après l'académie française, l'adjectif de qualificatif désigne « la qualité, la nature d'une chose et de ses éléments constitutifs ». L'objectif est de véritablement se consacrer au contenu des réponses et de prendre en compte les argumentations de chaque personne interrogée. Nous voulions avoir un accès direct à la personne, à ses représentations et à ses idées. Cela était très important afin de se rendre compte le plus justement possible de la réalité du terrain et des différentes facettes qu'elle pouvait avoir. Le choix des entretiens apparait alors comme une évidence.

Ensuite, il nous restait à choisir quel type d'entretien était le plus adapté : libre, semi-structuré ou structuré. Le structuré n'était pas adapté car nous ne souhaitions pas restreindre le discours des ergothérapeutes en posant des questions fermées. De plus, nous avons certains points à aborder durant l'entretien : les rôles au sein du service, les connaissances sur la fragilité, le déroulement de leur intervention... Nous étions alors obligés de structurer au minimum l'entretien afin d'avoir une trame. De plus, cela permet de simplifier la comparaison entre chaque entretien. Par ailleurs, cela n'empêche pas de poser des questions inopinées en fonction du discours de la personne interviewée afin d'enrichir les informations recueillies. Les entretiens libres sous forme d'instruction aux sosies ou de récits de vie n'étaient alors pas adaptés. C'est pour cela que nous avons choisi les entretiens semi-structurés, « un mode d'entretien dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche » (Romelaer, 2005)

4.2 Elaboration des entretiens

Pour élaborer les entretiens, nous avons, au préalable, créé une matrice qui nous permet d'identifier clairement les points que nous voulions éclaircir pendant les entretiens (annexe 4). Elle repose sur les recherches de la partie théorique et permet donc de mettre en évidence les éléments qui sont à questionner. A partir de cela, nous avons pu créer une grille d'entretien (annexe 5).

La première partie repose principalement sur les missions de l'ergothérapeute au sein de sa structure. Cela permet de se rendre compte de la place que peut avoir le retour à domicile dans toutes les interventions que peut faire cet ergothérapeute.

Ensuite, la deuxième partie permet de mettre en évidence, le concept de fragilité et de voir quels sont les représentations de l'ergothérapeute à ce sujet.

Puis, nous interrogeons les ergothérapeutes sur leurs procédures d'intervention pour des retours à domicile.

Enfin, la dernière partie est davantage subjective. Nous demandons à chaque ergothérapeute quelle est sa propre vision concernant la place des ergothérapeutes dans les retours à domicile de personnes âgées fragiles en Occitanie.

4.3 Procédure de la méthode choisie : les entretiens semi-structurés

Ces entretiens sont alors réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant en région Occitanie et qui participent ou peuvent participer aux retours à domicile des personnes âgées fragiles suite à une hospitalisation.

Les personnes interrogées doivent avoir certains critères afin de pouvoir participer à l'enquête. Nous appelons cela des critères d'inclusion. En effet, ces personnes doivent posséder un diplôme d'état d'ergothérapeute, travailler dans la région Occitanie et réaliser ou pouvant réaliser des retours à domicile. Elles doivent aussi avoir une patientèle de personnes âgées fragiles.

Une fois les entretiens prêts, nous avons contacté une ancienne tutrice de stage pour savoir si elle serait volontaire pour répondre à des questions concernant le mémoire. Elle travaille désormais dans un service hospitalier gériatrique. Elle a répondu favorablement. Grâce à son réseau professionnel, nous avons pu interroger une autre ergothérapeute qui travaille dans une équipe mobile de gériatrie. Ensuite, par échanges de mail, nous contactons trois différents ergothérapeutes travaillant en soins de suite et de réadaptation gériatriques, un seul a répondu favorablement. Connaissant deux interlocuteurs sur trois, le tutoiement a été utilisé. Pour la troisième personne, c'est elle-même qui a désiré employer le tutoiement.

La diversité de ces lieux d'exercices permet d'avoir un aperçu des pratiques ergothérapeutiques dans plusieurs services, au sein même de la région Occitanie. Ces trois services, à savoir : un service hospitalier de gériatrie, une équipe mobile de gériatrie et un centre de soins de suite et de réadaptation, sont des services amenés à réaliser des interventions de retour à domicile.

La première prise de contact a été effectuée par mail ou par téléphone entre le 15 mars 2021 et le 25 mars 2021. Dans cette première prise de contact, le thème de la recherche, la population ciblée, les modalités d'entretien (via un échange téléphonique enregistré ou par

visioconférence enregistrée), ainsi que sa durée (environ 30 min) ont été renseignés. Suite à cet échange et en fonction des réponses favorables, le consentement d'enregistrement est envoyé (annexe n° 6). Le rendez-vous, pour faire l'entretien, est vu en fonction des disponibilités de la personne interviewée. Les entretiens ont été réalisés entre le 29 mars 2021 et le 10 avril 2021.

Le mode d'entretien retenu est l'entretien téléphonique. De par la situation sanitaire actuelle, les rendez-vous en présentiel sont délicats. De plus, d'après l'étude de Sturges et Hanrahan, l'apport d'un entretien en face à face par rapport à un entretien téléphonique n'est pas représentatif (Sturges & Hanrahan, 2004). Il permet aussi une flexibilité d'horaires, de dates et de lieux plus avantageuse qu'un entretien en présentiel ou même qu'un entretien en visioconférence. Un seul m'a laissé le choix entre l'entretien téléphonique ou l'entretien par visioconférence, nous avons préféré l'entretien par visioconférence car un retour visuel est plus agréable.

Avant le début de l'enregistrement, nous leur précisons que chaque ergothérapeute est interrogé de manière anonyme et que s'ils ne souhaitent pas répondre, ils sont libres de le faire. Nous redemandons également si nous pouvons enregistrer l'échange dans le but de le retranscrire et d'en faciliter l'analyse. L'accord pour l'enregistrement a été donné par l'ensemble des interviewés.

Une limite à ces trois entretiens pouvait être leur ancienneté dans le service car tous les trois exercent depuis peu. Cela peut signifier qu'ils n'ont pas encore assez de recul sur leurs interventions ou qu'ils m'ont pas encore eu le temps de mettre certaines choses en place. Cependant, durant les entretiens, ils ont eu un regard critique sur leurs interventions et ce manque d'expérience n'a pas impacté le rendu et l'analyse des résultats. De plus, deux d'entre eux sont de jeunes diplômés qui ont une vision moderne de l'ergothérapie donc ils ont pu plus facilement faire le lien entre notre rôle d'ergothérapeute et les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain. Le discours des trois ergothérapeutes a été très enrichissant pour le mémoire.

4.4 Outils d'analyse

Comme énoncé précédemment, nous avons au préalable créé une matrice permettant de clarifier les éléments sur lesquels nous nous interrogeons. Cette matrice est aussi une aide pour l'analyse des résultats. Grâce à elle, nous repérons les idées essentielles du discours de l'ergothérapeute plus facilement.

Par ailleurs, l'enregistrement audio des entretiens nous a permis de retranscrire les échanges afin d'en garder une trace. Le fait de pouvoir se référer à plusieurs reprises à

l'enregistrement permet de ne pas manquer des informations importantes. Cet enregistrement est aussi essentiel pour justifier de l'exactitude des résultats.

Suite aux entretiens et à leurs retranscriptions, nous avons un tableau reprenant les éléments clefs de la trame d'entretien. Grâce à ce moyen, nous avons pu retirer les informations significatives de chaque entretien et cela nous a permis de pouvoir les comparer plus facilement (annexe 10). Cette méthode se base sur la méthode flottante de Bardin. En effet, la première lecture permet d'identifier le sens général de l'entretien. La seconde permet de reconnaître les éléments clefs de leurs discours et la troisième permet de classer les éléments de réponse par thème afin de pouvoir les interpréter. (Bardin, 2013)

5 Présentation des résultats et analyse

5.1 Les missions des ergothérapeutes dans leurs services

Grâce aux entretiens de ces trois ergothérapeutes, nous remarquons que les ergothérapeutes faisant le plus de retours à domicile sont les ergothérapeutes travaillant en soins de suite et de réadaptation et en service hospitalier gériatrique « pas systématiquement mais très, très, très régulièrement, oui » (l- 23 de l'entretien E1).

L'ergothérapeute travaillant en équipe mobile de gériatrie n'effectue que très peu de retour à domicile ; depuis septembre (début de sa prise de poste), elle en a effectué un seul. Selon son discours, ses missions s'avèrent être : la réalisation de bilans avec l'infirmière et le gériatre afin de déterminer si la personne est fragile ou non, lors de consultations externes. Certains établissements peuvent aussi demander un avis ergothérapique à cette unité mobile lorsqu'il n'existe pas d'ergothérapeute sur la structure. Des familles bien renseignées, peuvent demander son intervention pour l'aménagement de leur domicile.

5.2 Les représentations de l'état de fragilité

Concernant la connaissance de la fragilité, l'ergothérapeute travaillant en équipe mobile de gériatrie est la plus précise dans ses réponses. Cela vient sûrement du fait qu'elle est amenée à réaliser des consultations pour évaluer l'état de fragilité. Cependant, de manière générale, les trois ergothérapeutes ont une bonne connaissance de l'état de fragilité et des répercussions que cet état peut avoir. Selon eux, les principales répercussions de la fragilité sont les chutes, l'isolement, la sédentarité, les hospitalisations et les institutionnalisations.

De manière très subjective, les ergothérapeutes annoncent que la plupart de leur patientèle est fragile : « 70% » (l-68 de l'entretien E1). Cela n'est pas étonnant étant donné que l'état de fragilité entraîne des hospitalisations. De plus, dans l'unité de soins gériatriques aiguës les principaux motifs sont les chutes et l'altération de l'état général de santé. Deux ergothérapeutes sur trois annoncent un déficit de prévention de la fragilité car selon ces ergothérapeutes si le dépistage de la fragilité était plus présent et si le maintien à domicile était mieux pris en charge, plusieurs hospitalisations auraient pu être évitées.

Une ergothérapeute m'explique aussi que la crise sanitaire aurait été un accélérateur à cet état de fragilité et aurait entraîné plusieurs hospitalisations.

5.3 L'intervention des ergothérapeutes dans le cadre du retour à domicile de la personne âgée fragile

5.3.1 Les retours à domicile pour une ergothérapeute en service hospitalier de gériatrie

En service hospitalier, les demandes pour des retours à domicile sont récurrentes. Les demandes se font par les gériatres ou lorsque l'ergothérapeute observe une situation délicate elle peut en faire la demande. Elle ne réalise pas systématiquement des visites à domicile, mais cela y arrive assez régulièrement. Cela ne semble pas être une difficulté et une limite pour sa pratique dans le retour à domicile de la personne. Lorsque nous lui demandons de nous décrire une intervention pour laquelle elle a participé au retour à domicile de la personne, elle me donne l'exemple d'un patient pour lequel elle a effectué une visite à domicile. Nous pouvons donc imaginer que pour elle les visites à domicile sont un élément essentiel permettant un retour à domicile adapté.

Concernant les évaluations qu'elle peut utiliser, elle m'explique qu'elle réalise systématiquement des évaluations cognitives (MMSE ou MOCA) ainsi que des évaluations d'observation pour les activités d'habillage, de toilette, de déplacements et de transferts. Lors de visites à domicile, elle utilise à plusieurs reprises le terme de « mise en situation ». Elle réalise donc des mises en situation du patient dans son milieu écologique. Une des choses qu'elle prend en considération pour un retour à domicile de personnes âgées fragiles est la réalisation de ses déplacements et de ses transferts de manière sécurisée afin d'éviter les chutes.

Pour mener à bien une intervention, elle s'appuie sur les aidants de la personne. Les visites de la famille étant interdites ou limitées en structure hospitalière depuis la crise sanitaire, elle rencontre des difficultés pour les rencontrer. Cela la limite énormément et elle nous explique qu'elle a l'impression de perdre énormément d'informations pour son accompagnement.

5.3.2 Les retours à domicile pour une ergothérapeute en équipe mobile de gériatrie

En équipe mobile de gériatrie les demandes pour des retours à domicile de personnes âgées fragiles hospitalisées sont quasiment nulles. L'intervention à domicile n'est réalisée que très rarement, seulement quand le gériatre a un doute sur la capacité de la personne âgée fragile à retourner au domicile. Pour cette ergothérapeute, la faible intervention pour des retours à domicile serait une conséquence du manque de connaissance des compétences des ergothérapeutes, de la part des gériatres. De plus, la crise sanitaire que nous traversons a participé à une réduction importante des activités de l'équipe mobile de gériatrie.

Elle me raconte avoir fait une seule visite à domicile pour s'assurer de la sécurité de la personne chez elle, du fait de la complexité de sa situation. Pour cela, elle a utilisé des mises en situation sans utiliser de bilan validé.

Elle a remarqué que de nombreuses personnes étaient ré-hospitalisées régulièrement pour la même raison, souvent à cause de chutes ou de maintien à domicile difficile. Sa réflexion est que si ces personnes étaient davantage suivies, si les retours à domicile étaient plus adaptés, certaines ré-hospitalisations pourraient être évitées. « On voit des personnes qui sont hospitalisées et à plusieurs reprises, on se fait la réflexion : mais cette personne on la connaît déjà [...]. Donc si dès la première sortie, la personne avait eu un suivi, [...] surtout qu'ils sont ré-hospitalisés pour les mêmes soucis : chutes ou maintien à domicile difficile. Je pense que d'aller voir la personne dans son environnement, ça pourrait éviter [...] tant de ré-hospitalisations. » (l- 95 à 103 du l'entretien E2).

5.3.3 Les retours à domicile pour un ergothérapeute en soins de suite et de réadaptation

En soins de suite et de réadaptation (SSR), l'ergothérapeute m'explique qu'il ne réalise des retours à domicile que si les cas sont considérés comme difficiles par les médecins. Cet ergothérapeute est énormément limité dans sa pratique par sa direction car il n'a pas d'autorisation pour faire des visites à domicile. Or pour lui, les visites à domicile sont incontournables pour réaliser un retour à domicile adapté lorsqu'on est ergothérapeute. Cette prise en soins au domicile de la personne permet, selon lui, de tenir compte des difficultés que rencontre la personne dans son environnement, chose que nous ne pouvons pas évaluer si nous n'effectuons pas de visite à domicile. L'intervention doit être « client-centré » (l- 339 du discours de l'ergothérapeute E3).

Ne pouvant réaliser de visite à domicile, il essaie de participer, tout de même, à certains retours à domicile. Pour cela, il fait des entretiens, qu'il a créé lui-même afin de pouvoir préconiser des adaptations en fonction des difficultés décrites par le patient ou son entourage. Cet entretien comporte une première partie sur la pathologie du patient, ses antécédents. Ensuite, il se renseigne sur l'organisation architecturale du logement de la personne. Il peut demander des photos à la famille afin de se rendre compte plus facilement des difficultés que pourra rencontrer le patient. Sa troisième partie est basée sur les habitudes de vie de la personne, ses loisirs afin de trouver des moyens de compensation si besoin. Enfin, si cet entretien n'est pas suffisant, il peut demander d'autres informations à l'entourage de la personne.

5.3.4 Les déroulés des interventions ergothérapeutiques

De manière générale, nous pouvons constater que lorsque l'ergothérapeute intervient pour des retours à domicile de personnes âgées fragiles, les mises en situation au domicile lors de visites sont essentielles pour évaluer correctement les patients. Cependant, nous repérons dans les entretiens que les ergothérapeutes sont limités dans leur pratique.

La première limite est la situation sanitaire qui empêche les activités de certains services et, le contact avec les aidants s'avère être plus compliqué. Effectivement, les aidants peuvent détenir des informations importantes qui sont à connaître par les ergothérapeutes. Ce manque de lien peut donc impacter et compromettre un retour à domicile adapté.

La seconde est la méconnaissance du métier d'ergothérapeute et de leurs spécificités pour l'intervention dans le retour à domicile de personnes âgées fragiles. Comme le dernier ergothérapeute l'explique, cette méconnaissance serait selon lui, une des explications au fait qu'il ne puisse conduire ses interventions comme il le souhaiterait. Mais d'après lui, il y a aussi une question de rentabilité.

Pour ces ergothérapeutes, l'objectif lors de retour à domicile de personnes âgées fragiles reste la sécurisation de l'environnement afin de réduire le risque de chute : « assurer les transferts et à faire des déplacements de façon sécuritaires » (l- 134-135 de l'entretien E1), « une toute petite marche [...] qui t'empêche de passer, ça peut être un risque de chute » (l- 215 à 217 de l'entretien E3)

5.4 La place des ergothérapeutes dans les interventions de retours à domicile en Occitanie

A notre question : « Quels peuvent être les autres ergothérapeutes exerçant des retours à domicile de personnes âgées fragiles ? », plusieurs hésitations sont notables. Cela peut signifier que ces ergothérapeutes n'ont pas connaissance de tous les dispositifs mis en œuvre pour limiter cette rupture hôpital – domicile ou qu'un manque certain dans ce domaine se fait ressentir. Les ergothérapeutes essaient tout de même de répondre en me disant que des ergothérapeutes d'une association locale peuvent peut-être intervenir, ainsi que des ergothérapeutes libéraux, les ergothérapeutes d'équipe mobile de gériatrie, d'équipe spécialisée Alzheimer, d'unité de soins longue durée, d'établissement d'hébergement pour personnes dépendantes. Tout cela peut s'avérer vrai, tout dépend de la politique de leur établissement et de la situation de la personne. Par exemple, si la personne est suivie par une équipe spécialisée Alzheimer alors l'ergothérapeute de cette équipe pourra participer au retour à domicile de la personne. Mais cela ne s'effectue que dans un cas bien précis, où la personne est suivie par un ESA au moment de l'hospitalisation.

Plus subjectivement, les trois ergothérapeutes constatent une rupture entre l'hôpital et le domicile et s'accordent sur le fait que la profession d'ergothérapeute n'est pas assez développée sur l'ensemble du territoire d'Occitanie dans le domaine de retour à domicile de la personne âgée fragile.

5.5 Validation ou invalidation des hypothèses de recherche

En reprenant nos hypothèses de départ, nous pouvons nous apercevoir que les équipes mobiles de gériatrie sont un acteur important dans le parcours de soins de la personne âgée fragile mais elles n'interviennent que très peu pour un retour à domicile.

La prévention du risque de chute en sécurisant l'environnement du patient est un élément essentiel pour l'intervention des ergothérapeutes interrogés.

Les mises en situation écologiques sont une spécificité des ergothérapeutes qui leur permet d'être des acteurs incontournables lors de retour à domicile. Ces évaluations sont réalisées lors de visites à domicile, seulement ces dernières peuvent être compliquées à mettre en place. Cela limite alors énormément les ergothérapeutes car pour eux cela est nécessaire afin de réaliser des interventions adaptées aux besoins de la personne et de répondre à leurs attentes.

6 Discussion

6.1 Limites et biais de l'étude :

Cette partie expérimentale possède quelques biais. Effectivement cette discussion va s'appuyer seulement sur trois retours de professionnels, dont deux exerçant dans le même établissement. Les résultats obtenus ne sont pas forcément le reflet de la réalité. Ils sont singuliers à ces trois ergothérapeutes et ne doivent pas être généralisés.

De plus, nous n'avons pas interrogé d'ergothérapeute exerçant en libéral. Il aurait pu être intéressant d'interroger ce type d'ergothérapeute, leurs interventions auraient pu être différentes de ceux travaillant en structure.

Par ailleurs, le choix des structures où exerce les ergothérapeutes réalisant des interventions pour le retour à domicile de personnes âgées fragiles a été fait arbitrairement. Au préalable, une étude quantitative pour connaître la proportion d'ergothérapeute réalisant le plus d'intervention dans ce domaine-là, aurait été idéale. Cela aurait limité le fait que nous interrogerions des ergothérapeutes réalisant des retours à domicile régulièrement, partiellement ou quasiment jamais. La comparaison est alors plus compliquée mais cela m'a permis de mettre en évidence plusieurs limites dans leurs interventions.

De plus, pour notre méthodologie de recherche, une analyse textuelle des données n'a pas été réalisée du fait de la diversité des résultats. Chaque ergothérapeute ayant différentes limites lors de leurs interventions, l'apport de statistiques aurait alors été faussé.

6.2 De la partie exploratoire à l'expérimentation

Depuis mars 2020, la crise sanitaire a considérablement bousculé le système de santé et la vie des personnes âgées.

Effectivement, cette crise a entraîné la mise en place des différentes mesures sanitaires pour limiter la propagation du virus comme les confinements et les distanciations sociales. Cela n'est pas sans répercussion sur la population et notamment sur la population de personnes âgées. Or d'après la définition de la fragilité, un isolement social, l'absence de soutien à domicile, la rupture avec certaines de leurs habitudes de vie peuvent favoriser l'entrée en fragilité. L'hospitalisation, qui est aussi une rupture avec son environnement habituel, est d'autant plus une étape difficile à surmonter.

La fragilité est un état exprimant une instabilité et pouvant favoriser les hospitalisations et l'entrée dans la dépendance. Pour les personnes âgées fragiles, des actions de prévention, d'accompagnement au domicile sont alors nécessaires pour prévenir la perte d'autonomie et

limiter la rupture hôpital - domicile. La vision globale d'un ergothérapeute semble alors nécessaire et percutante pour les interventions de retour à domicile de la personne âgée fragile. Elle repose sur le modèle conceptuel du PEO, centré sur la personne. Or, une des ergothérapeutes interrogées a fait un constat important en disant qu'une personne était sortie d'hospitalisation une fois qu'elle « était stable médicalement parlant » (I-166 de l'entretien E2). Cela montre donc que pour la sortie de la personne, les décideurs se centrent sur la pathologie de la personne, c'est-à-dire une fois que la personne a été soignée, une fois qu'elle n'a plus de raison médicale d'être hospitalisée, elle peut être renvoyée à son domicile. Cela est une illustration du modèle biomédical décrit dans la première partie. La situation d'appel témoigne aussi d'une intervention reposant sur ce modèle-là. Ceci renforce donc le ressenti de l'ergothérapeute de l'équipe mobile de gériatrie.

Par ailleurs, une de nos hypothèses était que cette équipe mobile avait un rôle important dans le retour à domicile des personnes âgées fragiles car cette équipe facilite le parcours de cette personne et de ce fait, adoucit la rupture entre l'hôpital et le domicile. Or d'après l'entretien avec cette ergothérapeute, cela n'est pas réellement effectif.

L'ergothérapeute interrogée ne travaille qu'à mi-temps en équipe mobile de gériatrie. Cela peut être une limite à son exercice professionnel dans ce service. Pour autant d'après nos recherches, plusieurs missions de transversalité sont données à ces équipes. Cette mission pour le retour à domicile n'est peut-être pas la plus présente lorsqu'il y a déjà une ergothérapeute dans le service hospitalier de gériatrie, comme c'est le cas ici. Pour autant, les ergothérapeutes d'EMG peuvent être des professionnels accompagnant des retours à domicile de personnes âgées fragiles même si cela ne correspond pas à la majorité de leurs interventions. Des ergothérapeutes travaillant dans des services hospitaliers gériatriques ou en service de soins de suite et de réadaptation sont tout aussi à même d'en faire.

Pour les interventions ergothérapeutiques pour le retour à domicile de la personne âgée fragile, les ergothérapeutes s'accordent sur le fait qu'ils n'utilisent pas de bilans validés pour cette intervention. Ils considèrent que nous avons un regard particulier et spécifique lorsque nous entrons dans l'environnement écologique du patient. Pour cela, il est alors nécessaire de réaliser des visites à domicile. Ces dernières permettent de nous rendre compte, en faisant des mises en situation, des difficultés que la personne peut rencontrer. Cela permet d'effectuer des préconisations afin de limiter l'inadaptation habitant-habitat pour les personnes âgées fragiles.

6.3 Des projets novateurs pour la fragilité en Occitanie

A Nîmes, par exemple, il a été créé une plateforme territoriale pour améliorer les sorties d'hospitalisation des personnes fragiles complexes. Celle-ci a trois objectifs : « favoriser un retour à domicile sécurisé ou proposer des solutions alternatives, éviter les prolongements d'hospitalisation inutiles ou les ré-hospitalisations et renforcer les liens avec les médecins libéraux. » (Fédération hospitalière française, 2014)

En Occitanie, grâce à la position du gérontopôle de Toulouse en tant que collaborateur de l'OMS concernant la fragilité, la région Occitanie travaille sur de nombreux travaux de recherche pour permettre l'amélioration du parcours de la personne âgée fragile, par exemple : le projet ICOPE répond à l'un des enjeux majeur de l'OMS qui est de « limiter le nombre de personnes âgées dépendantes dans les années à venir » (INSPIRE, s.d.). Ce programme se déroule en Occitanie et a pour objectif de « promouvoir le vieillissement en bonne santé et maintenir l'autonomie des personnes âgées en utilisant la médecine numérique » (Tavassoli, 2021) (traduction libre). Ce programme est expérimenté actuellement en Occitanie et a pour but de se développer en France. Il propose un suivi de plusieurs capacités de la personne (mobilité, cognition, nutrition, état psychologique, vision, audition) à travers des outils numériques permettant un suivi à grande échelle et à distance. Ce dépistage peut être réalisé par la personne elle-même ou par des professionnels de santé tous les 4 à 6 mois. Si une anomalie est détectée, une alerte prévient les professionnels de santé afin qu'ils puissent réagir facilement. Les étapes suivantes sont :

- l'évaluation de la fragilité
- l'élaboration d'un plan de soins personnalisé
- le fléchage du parcours de soins et le suivi du plan d'intervention
- l'implication des collectivités et soutien aux aidants

De plus, depuis l'arrêté du 5 octobre 2020, une expérimentation du dispositif DRAD (dispositif renforcé d'accompagnement à domicile) est en cours en France et notamment dans la région Occitanie pour une durée de trois ans. Le DRAD s'adresse principalement aux personnes âgées de plus de 60 ans en situation de retour à domicile suite à une hospitalisation, de logement inadaptés et/ou d'absence d'aidant à proximité. Il a pour but de préserver l'autonomie des patients, de limiter l'isolement social, de soutenir leurs aidants et d'assurer une continuité dans les parcours de soins. Pour cela, ce dispositif propose notamment la création « un environnement de vie sécurisant et satisfaisant » pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Arrêté relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile

(DRAD) pour les personnes âgées, 2020). Cette partie sur l'aménagement du lieu de vie sera réalisée par des ergothérapeutes. Depuis le début de cette expérimentation, nous pouvons voir fleurir des créations de poste sur le territoire pour les ergothérapeutes.

7 Conclusion

Pour conclure, l'hospitalisation est une scission pouvant perturber les personnes âgées fragiles. Elle entraîne un changement d'environnement physique et social qui est amplifié par la crise sanitaire de mars 2020. Le patient est alors victime d'une cassure avec son environnement. En plus de la raison pour laquelle il est hospitalisé, ce bouleversement environnemental peut augmenter la fragilité de la personne. La rupture hôpital-domicile est alors essentielle à prendre en considération pour limiter les conséquences de la fragilité. L'ergothérapeute peut alors s'imposer comme un acteur spécifique pour ce passage déterminant. Sa vision globale de la situation, appuyée sur le modèle conceptuel du PEOP, permet de construire une intervention adaptée afin de limiter les principales conséquences de la fragilité et d'augmenter la performance occupationnelle de la personne dans ses occupations.

De plus, rappelons que l'objectif de l'OMS est de « limiter le nombre de personnes âgées dépendantes dans les années à venir » (INSPIRE, s.d.). Au travers de nos recherches, nous avons remarqué qu'un des axes pour y parvenir serait de s'intéresser à l'état de fragilité. Nous avons pu observer que la prévention de cet état était en train de se développer sur la région Occitanie. Les différents travaux effectués autour de la fragilité ont tendance à créer de nouvelles perspectives pour l'ergothérapie, et d'autant plus pour l'ergothérapeute d'Occitanie car la place du gérontopôle de Toulouse entraîne un avancement certain dans la prise en soins de l'état de fragilité.

L'ensemble de ce mémoire fait suite à une réflexion et une remise en question personnelle qui a pris naissance lors d'un stage. Ce travail a confirmé mon point de vue d'ergothérapeute, de placer le patient au centre de l'intervention afin de prendre en considération l'ensemble des facteurs qui gravitent autour de lui. De plus, ce travail m'a permis d'éclaircir mon intérêt pour le parcours des personnes âgées afin qu'il soit le plus en adéquation avec leur volonté.

8 Bibliographie

- Agirc-Arrco. (2020, juin 02). *favoriser l'autonomie des personnes âgées*. Récupéré sur retraite complémentaire agirc-arrco: <https://www.agirc-arrco.fr/action-sociale/action-sociale-aupres-des-personnes-agees/personnes-agees/#c2305>
- ANFE. (2019, février 1). *Définition*. Récupéré sur Association nationale française des ergothérapeutes: <https://www.anfe.fr/index.php/definition>
- Arboix Calas, F. (2013). La pensée médicale en France. Dans F. Arboix Calas, *EDUCATION A LA SANTE ET COMPLEXITE Proposition de formation aux stratégies nutritionnelles en milieu scolaire* (pp. 76-89). Montpellier.
- Arrêté relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées. (2020, Octobre 5). Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/10/5/SSAS2025704A/jo/texte>
- ARS Occitanie. (2017). *Travaux préparatoires au PRS Occitanie - Bilan et perspectives Parcours Vieillesse*.
- ARS Occitanie. (2020, 09 09). *reconnaitances contractuelles*. Récupéré sur ARS Occitanie: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/reconnaitances-contractuelles-0>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Baum, C., Christiansen, C., & Bass, J. (2015). The Person-Environment-Occupation- Performance (PEOP) model. Dans C. Baum, C. Christiansen, & J. Bass, *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (pp. 49 - 56). SLACK Incorporated.
- Caire, J.-M., Morestin, F., & Schabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique - Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, 35(142), 41-55. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/g.s.142.0041>
- Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique. (s.d.).
- Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. (s.d.).
- Colvez, A. (2007). La santé de la population vieillissante. Dans A. Colvez, *Etapes de la vie, vieillesse et perte d'autonomie* (p. 6). Leroy Merlin.
- Cumming, R., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill, E., Westbury, C., & Frampton, G. (1999). Home Visits by an Occupational Therapist for Assessment and Modification of Environmental Hazards: A Randomized Trial of Falls Prevention. *American Geriatrics Society*, 1397 - 1402.
- De Beauvoir, S. (1970). Préambule. Dans S. De Beauvoir, *La vieillesse* (pp. 22 - 23). Paris: Idées Gallimard.

- Fédération hospitalière française. (2014, 03 21). *Le CHU de Nîmes ouvre une plateforme de sortie pour améliorer les parcours de soins*. Récupéré sur <https://www.fhf.fr/content/view/full/69855>
- Fried, L., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J., & Anderson, G. (2004, Mars 01). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity : Implications for improved targeting and care. *The journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), 255-263. Récupéré sur <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. (2001, Mars). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 146-156. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
- Guterres, A. (2020, 05 01). *Notre réponse au COVID 19 doit être respectueuse des droits et de la dignité des personnes âgées*. Récupéré sur Nations Unies: <https://www.un.org/fr/coronavirus/our-response-covid-19-must-respect-rights-and-dignity-older-people>
- HAS. (2013a, juin 28). *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
- HAS. (2014). *Fiche d'utilisation - Document de sortie d'hospitalisation >24h*.
- HAS. (2015). *Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h*.
- Hôpitaux de Toulouse. (s.d.). *Gérontopôle*. Récupéré sur CHU de Toulouse: <https://www.chu-toulouse.fr/-gerontopole-891->
- Ined. (2021). *Transition épidémiologique*. Récupéré sur Institut national d'études démographiques: <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>
- INSEE. (2010). *Projections de population à l'horizon 2060*.
- INSEE. (2019). *4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050*.
- INSPIRE. (s.d.). *Le programme ICOPE*. Récupéré sur INSPIRE vieillir en bonne santé: <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>
- Jouaffre, V., & Nouvel, F. (2009). Fragilité et dépendance. Dans E. Trouvé, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 33-37). Solal.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Concertation grand âge et autonomie*. Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rapport-grand-age_280319.pdf
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance. Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 63-72). Paris: De Boeck Supérieur.

- Morestin, F. (2016). Vivre et vieillir chez soi : réflexions sur l'indaptation habitat-habitant. Dans E. Trouvé, *Agir pour l'environnement pour permettre les activités* (pp. 9-14). De Boeck Supérieur.
- OMS. (2018, février 5). *Vieillesse et santé*. Récupéré sur Organisation mondiale de la santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS. (2020, n.d. n.d.). *Vieillesse*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/topics/ageing/fr/>
- Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudefroy, C., Thevenon, A., & Dewailly, P. (2002). Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly : a randomized trial study. *american journal of physical medicine and rehabilitation*, 247-252.
- Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S. (2020). Ethical approach to the issue of confinement of the elderly in the context of the COVID-19 pandemic: Prevention of frailty versus risk of vulnerability. *Ethics Med Public Health*, 14. doi:10.1016/j.jemep.2020.100539
- Robine, J.-M., & Andrieu, S. (s.d.). Inscrire la fragilité et les processus de fragilisation dans les modèles de l'incapacité. Dans *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles - Livre Blanc* (p. 25).
- Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. Dans P. Romelaer, & F. Wacheux, *Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 101-137). Louvain-la-neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Sirven, N. (2014). *Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale: une comparaison entre ESPS et SHAR*. Paris.
- Sturges, J., & Hanrahan, K. (2004, Avril). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: A Research Note. *Qualitative Research (Qual Res)*, 4, 107-118. doi:10.1177/1468794104041110
- Tavassoli, N. (2021). Framework Implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE Program in Collaboration with the World Health Organization (WHO) in the Occitania Region. *Journal of Frailty Aging*, 103 - 109. doi:10.14283/jfa.2020.26
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans S. Tétreault, & P. Guillez, *Guide de pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215-245). De Boeck Supérieur.
- Vellas, B. (2015). Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance. Dans B. Vellas, *Livre blanc—Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles* (pp. 9-24). Récupéré sur <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite->
- Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie . *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 30-38.

9 Annexes

9.1 Annexe n°1 : Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)



Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL $\geq 5/6$), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

9.2 Document de sortie d'hospitalisation

Document de sortie d'hospitalisation

Identification du patient : *(au minimum : Nom de naissance, Date de naissance, Sexe)*

Médecin traitant : *(Nom et coordonnées)*

Date d'entrée d'hospitalisation :

Date de sortie d'hospitalisation *(voire date de décès le cas échéant) :*

Hôpital et Service(s) d'hospitalisation :

Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation : *(nom, fonction)*

Mode d'entrée : *(programmé/urgence/ transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)*

Destination du patient à la sortie :

Coordonnées du rédacteur du document de sortie :

Date de rédaction :

Liste de diffusion du document de sortie :

Personne de confiance *(optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)*

Statut de ce document

Document de sortie valant pour CRH : Oui Non .

Si Non, ce document sera complété dans un deuxième temps et envoyé au médecin traitant dans les jours suivant la sortie.

(Rubriques Obligatoires)

1. Motif d'hospitalisation

2. Synthèse médicale du séjour

- Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie
- Patient porteur/contact de BMR ou BHRé : Non Oui si oui préciser :
- Transfusion Non Oui si oui préciser :

3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques Résultats pertinents normaux et anormaux

- Actes techniques
- Examens complémentaires
- Examens biologiques

4. Traitements médicamenteux

Médicaments habituels avant l'admission <i>Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique</i>	Médicaments à la sortie - « idem » si pas de changement ; - réécrire si modifications dans traitement ; - préciser « Arrêt » si arrêt	Commentaires - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments pas au long cours (notamment chimio et antibio) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex. INR) - Préciser « essai thérapeutique » le cas échéant
Domaine : - -		
Domaine : - -		
Domaine : - -		

Etc.

5. Suite à donner

- Non Oui si oui préciser ci-dessous

• Volet continuité des soins

- RDV médicaux : Non Oui si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)
- Examens complémentaires à faire : Non Oui si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)
- Soins infirmiers : Non Oui si oui les indiquer
- Soins de rééducation : Non Oui si oui les indiquer
- Examens dont les résultats sont en attente : Non Oui si oui les indiquer

• Volet médicosocial

- Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) : Non Oui si oui les indiquer
- Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) : Non Oui si oui les indiquer
- Demande d'ALD : Non applicable Faite A demander s
- Points de vigilance : Non Oui si oui les indiquer

- **Conseils, recommandations** (par ex si chimiothérapie ou si patient inclus dans essai thérapeutique : préciser les événements indésirables possibles et la conduite à tenir), **surveillance particulière** (applicable pour : AVK, diurétiques, chimiothérapie)
(Rubriques laissées au choix des équipes)

Antécédents

Événements indésirables (dont allergies) Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation

- Type de réaction adverse ou d'allergie :
- Type de manifestation :
- Sévérité de la réaction : Haute , Modérée , Basse .

- Statut : Actif, Inactif, Chronique, Intermittent, Récurrent, Résolu
- Agent responsable :
- Commentaires :

Mode de vie (*Tabac, alcool, activité physique, régime alimentaire*)

Histoire de la maladie

Examen Clinique et statut fonctionnel

Evolution dans le service.

Actes techniques, examens complémentaires et biologiques (non mis dans 3)

Liste des éléments remis au patient

9.3 Annexe n°2 : Check list de sortie d'hospitalisation



ORGANISATION DES PARCOURS CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES

Date: / /

Service: _____

Patient: _____

responsable de la check-list: _____

Repérage et évaluation de la complexité	Oui	Non	N/A
1. Le repérage du risque de réhospitalisation a été réalisé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Une évaluation sociale a été réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Information du patient	Oui	Non	N/A
3. Le patient ⁽¹⁾ a été associé au projet de sortie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Les ordonnances de sortie ont été remises et expliquées au patient ⁽¹⁾ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Le patient ⁽¹⁾ a reçu une information ou une éducation afin de lui permettre d'assurer ses soins, sa surveillance et de contacter la personne appropriée en cas de problème. La compréhension par le patient ⁽¹⁾ de ses traitements a été vérifiée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient ⁽¹⁾ , en précisant s'ils sont pris ou à prendre par le patient ⁽¹⁾ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Si la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance ont été jugées nécessaires, cette information est transmise au médecin traitant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. Patient, ou le cas échéant son entourage (différent...) ou son représentant légal.
 2. Le terme « professionnels de santé » regroupe les professions médicales réglementées par le Code de la santé, médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, et les professions paramédicales : auxiliaire médical ou autre professionnel de santé désigné par le patient.

Validée par le Collège de la Haute Autorité de Santé en février 2015.

Contacts et continuité	Oui	Non	N/A
8. Des lettres au patient, le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'amont ont été contactées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'aval ont été prévenus de la sortie du patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Le pharmacien d'officine ou du service d'aval a été contacté avant la sortie, afin d'assurer la disponibilité des traitements et dispositifs médicaux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Les services d'aide à la personne utiles au patient ont été contactés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Un document de sortie est remis au patient ⁽¹⁾ le jour de la sortie et adressé au médecin traitant et aux autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou de la structure d'aval.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Une alerte a été programmée pour assurer la transmission au médecin traitant des résultats des examens en attente au moment de la sortie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Une fiche de liaison paramédicale est transmise aux professionnels de santé ⁽²⁾ concernés par des soins spécifiques.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Un « assistant parcours », coordinateur d'un réseau de santé ou d'une plate-forme d'appui, a été contacté pour assurer la transition.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Une visite ou une consultation du médecin traitant a été organisée après la sortie (selon le besoin).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Logistique	Oui	Non	N/A
17. Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient ⁽¹⁾ .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient à domicile ou en structure de suite. Le transport adapté a été prévu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 200 000 - 03/05/15 - HAS - M - 01

9.4 Annexe N°3 : matrice

Variable : La fragilité (Fried)		
Critères	Indicateurs	Questions
Connaissance de l'état de fragilité	L'ergothérapeute repère les personnes fragiles	5
	L'ergothérapeute connaît les principaux risques lorsque la personne est fragile	6
Variable : L'intervention en ergothérapie (Trouvé, Schabaille, Caire)		
Les évaluations écologiques	L'ergothérapeute réalise des visites à domicile afin d'évaluer la personne dans son milieu écologique	9,10,11
	L'ergothérapeute fait le lien avec les conséquences de l'état de fragilité pour proposer un retour à domicile adapté	9,10,11

9.5 Annexe n°4 : Trame d'entretien

Introduction :

Je suis Lucie Vidal, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à Toulouse et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je réalise des entretiens. Mon mémoire porte sur la place des ergothérapeutes d'Occitanie dans le retour à domicile des personnes âgées fragiles. Cet entretien d'une durée approximative de 30 minutes a pour objectif de comprendre quelle est la place de l'ergothérapeute dans ce domaine-là. Dans un premier temps, je vous poserai des questions sur votre cadre professionnel, ensuite sur l'état de fragilité, puis sur l'intervention en ergothérapie et enfin, ce sera des questions plus ouvertes sur le sujet. Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

Questions de départs :

- 1) Pour commencer, pouvez-vous me dire où vous travaillez?

- 2) Quelles sont vos missions au sein de votre service?

- 3) Lorsque la sortie d'hospitalisation est décidée par le médecin et son équipe et qu'elle est orientée vers un retour à domicile, réalisez-vous des retours à domicile de personnes âgées fragiles ?

- 4) Si oui, intervenez-vous systématiquement ?

- 4 bis) Si non, comment expliquez-vous cela ?

Questions sur l'état de fragilité :

5) Savez –vous à quoi peut s'apparenter l'état de fragilité ? + *expliquer l'état de fragilité*

6) Pouvez-vous me dire quels sont les risques principaux de cet état de fragilité ?

7) Approximativement, pouvez-vous me dire combien de personne âgées hospitalisées faisant un retour à domicile sont considérées comme fragile ?

8) Pour ces mêmes personnes, quels sont les principaux motifs d'hospitalisation ?

Questions sur l'intervention des ergothérapeutes :

9) Pouvez-vous me décrire, en prenant un exemple concret, le déroulé d'une de vos interventions qui illustrerait le mieux un retour à domicile de personnes âgées fragiles ?

10) Réalisez-vous régulièrement des visites à domicile ?

11) Quels types d'évaluations utilisez vous ?

Questions ouvertes :

12) Selon vous, quels peuvent être les autres ergothérapeutes pouvant réaliser des retours à domicile de personnes âgées fragiles ?

13) A votre avis, l'ergothérapeute dans le retour à domicile d'une personne âgée fragile est suffisamment représenté sur le territoire d'Occitanie ? Pourquoi ?

Consentement d'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées

Présentation :

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un mémoire de recherche en ergothérapie. Elle porte sur le rôle des ergothérapeutes dans le retour d'une personne âgée fragile en Occitanie. Cette recherche est menée par Lucie VIDAL, étudiante en 3^{ème} année à l'IFE de Toulouse.

Dans ce cadre, un consentement écrit permettant l'enregistrement audio des entretiens est nécessaire.

Autorisation :

Je soussigné(e) _____

- autorise l'étudiante Lucie VIDAL à enregistrer en audio l'entretien en vue de son mémoire de fin d'étude.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée et transcrite à des fins de recherche scientifique (mémoire).

- prend acte que pour cette utilisation scientifique les données enregistrées seront anonymisées.

Lieu et Date : _____

Signature :

9.7 Annexe n°6 : Entretien E1

Pour tous les entretiens :

- L correspond à Lucie VIDAL (moi)
- E correspond à l'ergothérapeute interrogé

- 1 **L** - Je suis Lucie Vidal, étudiante en 3^{ième} année d'ergothérapie à Toulouse et dans le cadre de
2 mon mémoire de fin d'étude je réalise des entretiens. Mon mémoire porte sur la place de
3 l'ergothérapeute d'Occitanie dans le retour à domicile des personnes âgées fragiles. Cet
4 entretien d'une durée approximative de 20, 30 minutes a pour objectif de voir quel est la place
5 de l'ergothérapeute dans ce domaine-là. Dans un premier temps, je te poserai des questions sur
6 ton cadre professionnel, ensuite sur l'état de fragilité, à quoi il peut s'apparenter et tout ça. Puis
7 sur l'intervention en ergothérapie que tu peux mener auprès de cette population là et après je te
8 poserai des questions un peu plus ouvertes, subjectives sur toi, sur ton ressenti et voilà. Est-ce
9 que t'as des questions avant de commencer ou pas ?
- 10 **E** - Non, on peut y aller
- 11 **L** - Ok du coup est ce que tu peux me dire où c'est que tu travailles, quelles sont tes missions
12 au sein de ton service ?
- 13 **E** - Je travaille dans le service d'UGA (unité de gériatrie aiguë) de l'hôpital de *****. Mes
14 missions, ce sont principalement de l'évaluation des personnes âgées hospitalisées, euh...une
15 prise en charge, on va dire de stimulation à l'autonomie et les préparations des retours à
16 domicile.
- 17 **L** - D'accord, et du coup, lorsqu'une sortie d'hospitalisation est décidée par le médecin et son
18 équipe et qu'elle est orientée vers un retour à domicile, est ce que tu intervies
19 systématiquement ?
- 20 **E** - Excuse-moi, tu peux répéter, j'ai pas, ça a coupé à un moment donné, j'ai pas entendu
- 21 **L** - Quand une sortie d'hospitalisation est décidée et qu'elle est orientée vers un retour à
22 domicile, est ce que tu intervies systématiquement ?
- 23 **E** - Euh...Non pas systématiquement mais je dirai quand même très, très très régulièrement, oui.
24 Là où je n'intervies pas, disons si c'est une personne qui est totalement autonome et qui venait
25 juste pour un bilan par exemple d'une anémie, quelque chose comme ça, quelque chose qui n'a
26 pas affecté, on va dire son autonomie motrice.
- 27 **L** - D'accord
- 28 **E** - Là, j'intervies pas forcément, sinon dans tous les autres cas oui.

29 L - Ok et c'est le médecin qui te le demande ou c'est toi qui demandes au médecin si tu ne peux
30 pas intervenir pour ou parce que tu vois des choses à améliorer.

31 E - La plupart du temps, il y a une prescription médicale après moi j'assiste au staff où on parle
32 de tous les patients donc, si voilà, si j'entends qu'il peut y avoir une situation où je peux amener
33 ma vision d'ergo, je demande au médecin dans ces cas-là, de là en découle la prescription en
34 fait

35 L - Oui oui ok. Maintenant, je vais te poser des questions sur l'état de fragilité, est ce que tu
36 sais à quoi il peut s'apparenter, est ce que tu peux m'expliquer ?

37 E - Alors je sais, enfin je sais ? Il y a des critères bien particuliers, je pense pour ça, après moi
38 je suis pas vraiment formée en plus là-dessus mais la fragilité comme ça je dirai c'est..., on
39 parle toujours du domicile, enfin du patient à domicile ? c'est ça ?

40 L - Non, c'est par rapport aux personnes qui justement sont hospitalisées et qui font un retour
41 à domicile.

42 E - Oui voilà, oui. La fragilité, ça touche la perte d'autonomie motrice, ça touche la dénutrition,
43 la perte de faculté cognitive, l'isolement si la personne est seule ou entourée ça peut jouer là-
44 dessus, il y a certainement d'autres causes. C'est ceux qui me viennent en premier, quoi disons.

45 L - C'est ça, les personnes âgées fragiles, c'est ils ont un risque plus élevé de perte d'autonomie.
46 Du coup en fonction de ça Il y a 5 critères qui peuvent décrire un état de fragilité : il y a la
47 faiblesse en général de la personne, une endurance qui est moindre à l'effort, une activité
48 physique réduite, la vitesse de marche lente et une perte de poids involontaire. Et du coup,
49 d'après cette définition, pour toi, est ce que tu peux me dire quels sont les risques principaux
50 de l'état de fragilité ?

51 E - Quels sont les... ?

52 L - Risques principaux de cet état-là ? d'après toi ?

53 E - Euh...les risques ?

54 L - Oui

55 E - Les causes ou les risques ?

56 L -Quelles conséquences cet état de fragilité peut avoir du coup sur la personne ?

57 E - Euh...Ça peut avoir, je pense à la chute, le repli sur soi, l'isolement si la personne sort
58 moins, à moins d'activité.

59 L -Surtout en période de pandémie, là c'est plus compliqué ?

60 E - Oui c'est très compliqué, et ça on le voit de plus en plus des personnes qui sont hospitalisées.
61 Je pense qu'à la base ils n'avaient pas forcément de problèmes médicaux mais le fait d'avoir
62 été confiné, ça a été très très mal vécu pour elles ,ouais pour des personnes qui vivaient seules
63 à domicile et on voit du coup , je pense, des hospitalisations dues à ça finalement

64 L - D'accord, ça a accentué l'entrée en hospitalisation ?

65 E - Ça a accentué, ouais

66 L - D'accord, et sur la population des personnes âgées hospitalisées qui font un retour à

67 domicile, pour toi approximativement combien sont considérées comme fragiles ?

68 E - Je dirai euh...je ne sais pas,70%.

69 L - Oui d'accord. Oui, oui c'est très subjectif, c'est en fonction de ton ressenti. Et pour ces

70 personnes-là quels sont les principaux motifs d'hospitalisation ?

71 E - Euh...Les principaux motifs, ce sont les chutes, les ce qu'ils appellent AEG altération de

72 l'état général donc ça c'est plusieurs choses mais c'est principalement ces deux motifs.

73 L - D'accord et donc maintenant, je vais te poser davantage de questions sur ton intervention

74 dans le retour à domicile. Est-ce que tu peux me décrire en prenant un exemple concret, le

75 déroulé d'une intervention en ergothérapie qui illustrerait le mieux un retour à domicile des

76 personnes âgées fragiles.

77 E - Alors, attend, laisse-moi réfléchir deux minutes à un cas

78 L - Oui prend ton temps !

79 E - Alors tu veux que je te décrive un petit peu, moi personnellement ce que je fais dans mon

80 travail, c'est ça ?

81 L - Oui, c'est ça, mais en prenant un cas concret par exemple pour une personne que je ne sais

82 pas, tu as vu la semaine dernière, comment tu as mené ton intervention pour le retour à domicile

83 de cette personne là

84 E - Ok, euh... je vais prendre le cas, ça va peut-être être plus concret si je prends le cas d'une

85 personne pour qui j'ai fait une visite à domicile par exemple

86 L - Oui par exemple

87 E - Par exemple. Donc, c'est un monsieur qui vit avec son épouse à domicile qui est rentré dans

88 le service d'UGA pour une altération de l'état général, perte d'appétit et perte progressive de la

89 marche, avec une chute à domicile. Ici les médecins prescrivent quasiment systématiquement

90 un bilan kiné, un bilan ergo. Dans le bilan ergo, il y a toujours un bilan cognitif quand c'est

91 possible. J'ai fait ça et ensuite une évaluation des transferts, des déplacements, de la possibilité

92 de la personne à faire sa toilette, à s'habiller. Dans le cas du monsieur auquel je pense, c'était

93 déjà difficile avant à domicile, il y avait en place des aides à domicile, l'ADMR pour l'aide-

94 ménagère et l'UDSMA pour la toilette à domicile. Ça a été un travail sur la re autonomisation,

95 travail des transferts avec des déplacements avec le déambulateur. Finalement, avant sa sortie,

96 ça a débouché sur une visite à domicile, son épouse était en demande car c'était elle qui l'aidait

97 pas mal, en demande d'aide technique pour la soulager aussi elle. On a décidé vu la

98 configuration de la maison, lui pouvait plus marcher sur de grande distance, même plus

99 marcher, il faisait à peine les transferts, donc on a décidé de mettre en place un fauteuil confort.
100 J'ai été en contact avec le service de soin, des aides-soignantes qui faisaient notamment les
101 transferts pour voir avec quels outils elles avaient l'habitude de travailler pour aider les patients
102 à faire les transferts car elles étaient seules à intervenir à domicile.

103 **L** - Hum, d'accord

104 **E** - Et voilà, ça a été après voilà, la visite à domicile à déboucher sur, en accord, non pas en
105 accord, on travaille en binôme avec l'assistante sociale, elle de son côté a mis en place une
106 augmentation des aides et moi de mon côté ça a débouché sur la mise en place du matériel à
107 domicile

108 **L** - Hum Hum, D'accord ok très bien merci et du coup est ce que tu réalises souvent des visites
109 à domicile.

110 **E** - Assez régulièrement, oui euh, après je travaille, enfin dans l'unité où je suis il y a une équipe
111 mobile de gériatrie aussi donc... si on voit que c'est un patient qui va, aura besoin après d'un
112 suivi, je fais pas, je fais pas de visite à domicile que quand le patient sort d'hospitalisation alors
113 que l'équipe mobile peut y retourner plusieurs fois pour le suivi donc soit c'est moi soit c'est
114 l'ergo de l'équipe mobile.

115 **L** - Et hum, tu utilises du coup des évaluations, tu m'as parlé d'une évaluation cognitive. Tu
116 utilises quel type d'évaluation cognitive au départ pour évaluer ?

117 **E** - Le MMS ou la MOCA

118 **L** - D'accord et après pour évaluer les transferts, les déplacements ou l'évaluation à domicile
119 tu utilises quel type d'évaluation ?

120 **E** - Moi personnellement, je n'utilise pas de bilan validé on va dire, c'est des mises en situation.

121 **L** - D'accord

122 **E** - Mise en situation du patient et après c'est un compte rendu dans le dossier du patient

123 **L** - C'est de l'observation d'une situation?

124 **E** - Oui

125 **L** - Ok et à domicile, c'est pareil tu le mets en situation ?

126 **E** - A domicile j'ai pas non plus de grille bien définie mais après ça débouche, ma visite, je
127 prends des notes sur le moment et après ça débouche sur un compte rendu de visite à domicile
128 avec si c'est nécessaire et si la famille est d'accord je prends des photos pour après par exemple
129 tu sais estimer où il faut mettre la barre d'appuis par exemple et après c'est le compte rendu qui
130 reste dans le dossier et qui est envoyé à la famille.

131 **L** - D'accord, ok, très bien et pour toi quels sont les éléments à observer ou à évaluer en priorité
132 pour un retour à domicile des personnes âgées fragiles, quels sont les éléments clefs ?

133 E - Je disais d'un point de vue de la personne âgée elle-même euh je dirai sa capacité à mon
134 sens ce qui est le plus important c'est sa capacité à assurer les transferts et à faire des
135 déplacements de façon sécuritaires on va dire et après ce qui me paraît même presque plus
136 important c'est pour l'entourage à domicile

137 L - D'accord

138 E - Et on voit bien que pour, entre guillemets, deux personnes qui, on va dire, qui ont une
139 autonomie similaire, il y a une qui est seule à domicile et l'autre qui est en famille ou qui a pas
140 mal d'aide déjà, le retour à domicile est complètement différent, quoi, donc pour moi la priorité
141 c'est tous les aidants et les gens qui gravitent autour de la personne et c'est souvent en fonction
142 de eux, de eux que le retour à domicile va bien se passer ou moins bien se passer.

143 L - D'accord du coup tu fais, tu..., tu les prends, tu les prends à part quand il y a des aidants
144 pour discuter avec eux comment tu fais ?

145 E - Alors, là en prime, c'est un peu particulier parce qu'il y a eu un moment où les visites étaient
146 interdites, maintenant, les visites sont sectorisées mais hyper limitées donc ça se fait sinon par
147 téléphone mais honnêtement moi je, je trouve, on perd des informations ou on perd de la qualité
148 d'échange, je trouve, quand on ne voit pas les aidants, quand on les voit pas en vrai quoi

149 L - C'est sûr

150 E - Voilà après le bilan avec l'assistante sociale aussi est très important mais on perd un peu
151 d'informations, je trouve, voilà

152 L - Oui pendant cette période-là, c'est un peu compliqué, oui.

153 E - C'est plus compliqué, je trouve oui.

154 L - Et après du coup il me reste 2 questions : de manière générale d'après toi, quels peuvent
155 être les autres ergo qui peuvent réaliser des retours à domicile, où c'est qu'ils peuvent travailler
156 ces ergothérapeutes ?

157 E - Où est ce qu'ils peuvent travailler ?

158 L - Oui, quels sont les autres ergo comme toi qui peuvent réaliser des retours à domicile ?

159 E - Tu veux dire, je ne comprends pas bien tu veux dire dans quelles structures les autres ergo
160 travaillent pour... Alors là, c'est tout ce qui concerne plus les SSIAD, les ESAD et tout ça ?

161 L - Oui mais en tant qu'ergothérapeute où c'est qu'ils peuvent travailler du coup ?

162 E - Bonne question : équipe mobile de gériatrie. Après je ne sais pas enfin bon ici sur *****
163 par exemple, il y a, on s'appuie des fois sur les ergothérapeutes de l'ASSAD. Euh... et après
164 des fois on travaille sur un projet du retour à domicile à un peu plus long terme, c'est-à-dire
165 qu'entre temps les patients passent par un SSR donc après il y a une revue avec l'ergo des SSR

166 L - Ok

167 **E** - Voilà mais après c'est vrai qu'une fois que les patients sont sortis au domicile, moi je n'ai
168 pas trop de relai ergo sur qui m'appuyer

169 **L** - D'accord Ok merci et euh donc, à ton avis l'ergothérapeute dans le retour à domicile d'une
170 personne âgée fragile est suffisamment représenté sur le territoire d'Occitanie ?

171 **E** - Non, hihhi et non et moi, ça ne fait pas longtemps que je travaille en gériatrie et là je
172 m'aperçois vraiment qu'il y a une population, je pense, qui passe à côté justement d'une prise
173 en charge qui pourrait lui être bénéfique. Je trouve que c'est difficile de, enfin ceux qui sont
174 hospitalisés bon voilà ils peuvent peut-être bénéficier d'une prise en charge ergo mais je pense
175 qu'il y aurait énormément d'autres choses à faire même en terme de prévention, prévention
176 d'entrer dans la fragilité pour les gens qui sont à domicile. Ce n'est pas assez représenté.

177 **L** – Super, merci beaucoup pour le temps que tu m'as consacré. A bientôt.

9.8 Annexe n°7 : entretien E2

1 L - Donc je suis Lucie Vidal, étudiante de troisième année d'ergothérapie à Toulouse et dans le
2 cadre de mon mémoire de fin d'étude je réalise des entretiens. Mon mémoire porte sur la place
3 des ergothérapeutes d'Occitanie dans le retour à domicile des personnes âgées fragiles. Et donc
4 cet entretien, d'une durée à peu près de 30 minutes, a pour objectif de voir..., quelle est la
5 pratique des ergos dans ce domaine-là. Et dans un premier temps, je te poserai des questions
6 sur ton exercice professionnel. Ensuite des questions sur l'état de fragilité, et puis sur
7 l'intervention que tu peux mener auprès de cette population.

8 E - Ah

9 L - Et après ce sera des questions un peu plus ouvertes, subjectives sur euuh toi, ton ressenti,
10 tout ça.

11 E - Ok !

12 L - Est-ce que t'as des questions avant de commencer ?

13 E - Euh non ! non, non, pour l'instant ça va

14 L - Ok très bien ! Donc est ce que tu peux me dire où c'est que tu travailles, quels sont tes
15 missions dans le service ?

16 E - Ok. Alors je travaille du coup à l'hôpital euuh de *****, euuh depuis juillet 2020, donc
17 c'est tout frais. Donc j'ai pris le poste euuh donc à 50% en unité gériatrique aigüe et à 50% en
18 équipe mobile gériatrique, de euuh en novembre 2020. Donc du coup, dans le cadre de l'unité
19 gériatrique aigüe. Donc on voit les patients donc on évalue leur autonomie, on fait un bilan,
20 euh, environnemental que pour voir comment ça se passe à la maison ect.

21 L - Mmm

22 E - Donc, euuh, on évalue leur autonomie surtout à la toilette et à l'habillage. Euuh, les
23 médecins nous demandent généralement aussi, un bilan cognitif. Et après, on voit, soit si c'est
24 un retour à domicile s'ils vont en SSR ou si ils vont en EHPAD.

25 L - D'accord

26 E - Voilà. Euuh

27 L - Et pour l'équipe mobile ?

28 E - Et pour l'équipe mobile, euuh du coup, donc euuh là je suis à 50%. Et euuh là c'est des,
29 on fait des consultations euh tous les mardis après-midi et mercredis après-midi. Où en fait, on
30 va évaluer les personnes, euh voir si la personne est considérée comme fragile ou non. Donc on
31 fait toute une batterie de tests avec l'infirmière de l'équipe mobile, et le gériatre du coup. Ça
32 c'est surtout le mardi et le mercredi et le reste du temps on est sollicité par les autres services
33 pour euuh beh pareil faire des évaluations gériatriques. Voilà ! Et, sinon après on peut recevoir
34 des appels aussi des EHPAD de l'Aveyron, qui demandent un avis, surtout un avis ergo par

35 rapport à des positionnements ou une évolution, parce qu'ils n'ont pas d'ergo dans les EHPAD.
36 Tous les EHPAD n'ont pas d'ergos, du coup, ils nous sollicitent nous. Et sinon après c'est des
37 familles qui nous appellent pour de l'aménagement du domicile ou qui sont, qui ont besoin
38 d'aide, parce qu'ils savent pas comment faire. Donc voilà, ils demandent qu'on se déplace.
39 L - D'accord. Et ces familles comment elles ont votre, vos coordonnées tout ça ?
40 E - Euh sur le site de ... soit c'est du bouche à oreille, soit c'est sur le site ... ils l'ont vu sur le
41 site de l'hôpital.
42 L - D'accord ok.
43 E - Voilà ! après on nous a déjà parlé du bouche à oreille ouais aussi
44 L - Ouais
45 E - Ils ont entendu parler de nous
46 L - Et du coup, si je me concentre davantage sur, sur, sur tes missions au sein de, de l'EMG ...
47 quand une sortie d'hospitalisation est décidée donc par le médecin et par son équipe....
48 E - mmm
49 L - ...et qu'elle est orientée vers un retour à domicile, est ce que tu intervient ?
50 E - Non (rire), non très rarement, ça nous est arrivé. Bon après, je suis pas là depuis longtemps
51 donc euh, voila.
52 L - Ouais
53 E - C'est quelques fois d'aller quand même voir au domicile comment ça se passais, 2 jours ou
54 une semaine après le retour à domicile mais c'est vrai que c'est très rare.
55 L - Et ça, c'était par rapport à quoi ? fin ...
56 E - Les gériatres euh
57 L - D'accord, ils vous ont demandé d'aller voir ?
58 E - Euhh pardon j'ai pas compris ta question ! du coup qui mmm
59 L - Là tu m'as dit que ça t'était déjà arrivé, une fois d'aller voir au domicile, comment ça s'était
60 passé tout ça...
61 E - Ouais
62 L - C'était par rapport à quoi, enfin pourquoi cette personne-là plus qu'une autre ?
63 E - Alors c'est parce que c'est une personne qui voulait, c'est des personnes qui voulaient
64 absolument retourner au domicile et dont on avait un doute euh sur est-ce que ça allait le faire
65 ou pas.
66 L - D'accord
67 E - Donc euh, chose que comme ils étaient résignés à vouloir retourner, euh, chez eux, euh,
68 y a quand même une visite pour, euh contrôler, pour voir si, ça le faisait ou pas ou s'il fallait
69 envisager autre chose.

70 L - Et ces personnes-là, elles avaient quoi comme euhh...

71 E - C'est des personnes avec euhh, altération de l'état général ou euhh, des personnes qui
72 chutent euhh, donc voilà.

73 L - D'accord

74 E - Pour voir ... s'il est adapté ou pas

75 L - Et est-ce que du coup tu as une explication à ce que cela soit très rare ?

76 E - Je ... pense ... que après voilà si, avec très peu d'expérience mais je pense que c'est lié, beh
77 vu qu'on est très médecin dépendant.

78 L - Oui

79 E - On a pas la prescription du médecin, et de, l'accord du médecin, etc. On ira pas euhh et je
80 pense que au niveau euhh des médecins c'est pas... ils pensent pas systématiquement à nous
81 quoi !

82 L - Mmh

83 E - Après on ne va pas se cacher, que là en ce moment avec cette histoire du covid euhh, il a
84 vachement réduit notre activité à l'équipe mobile... que ce soit pour les consultations, les visites
85 à domicile

86 L - Ok

87 E - On le voit parce qu'on rentre nos activités mm, dès qu'on fait quelque chose, enfin euhh en
88 tant que enfin, avec l'équipe mobile, on doit rentrer notre activité et on a bien vu qu'en 2020
89 déjà, enfin à partir de mars 2020, y avait une grosse chute de notre activité et donc je pense que
90 le tout, le fait que le médecin euhh ne pense pas trop à nous solliciter et que euhh et plus le
91 covid. Ça va pas voilà.

92 L - D'accord, super merci. Et euhh du coup, est ce que euh tu pourrais me donner ton opinion
93 par rapport au fait que l'ergothérapeute en EMG ne face pas trop de, de retour à domicile,
94 qu'est-ce que toi tu en penses toi de ça ?

95 E - Beh, je pense que c'est dommage parce que c'est vrai qu'on voit des personnes... donc qui
96 sont hospitalisées et à plusieurs reprises on se fait la réflexion : « mais cette personne on la
97 connaît déjà, elle est déjà venue Il n'y a pas longtemps dans le service ». Donc c'est des
98 personnes qui sont réhospitalisées. Donc euhh si euhh dès la première sortie, la personne aurait
99 eu, plus un suivi et euhh généralement en plus, ils sont réhospitalisés pour les mêmes, les mêmes
100 soucis... Chutes ou maintien à domicile difficile euhh voilà ! Euhh, je pense que d'aller voir la
101 personne dans son environnement euhh sur son environnement à lui, ça pourrait éviter, bon pas
102 pour tout le monde bien sûr, il y a des exceptions hein, mais ça pourrait éviter tant de ré-
103 hospitalisations.

104 L - mmm

105 E - Voila

106 L - Ok, merci. Et euuh du coup maintenant, je vais te poser des questions par rapport à l'état de

107 fragilité

108 E - Ouais

109 L - Est-ce que tu sais à quoi il peut s'apparenter ?

110 E - Là, les caractéristiques d'une fragilité sur une personne âgée ?

111 L - Ouais

112 E - Ouais alors, il y a plusieurs mmm, en fait quand on, quand les gens viennent en consultation

113 L - Oui

114 E - On fait une batterie d'évaluation euuh où on va toucher à peu près 5, 4 ou 5 euuh items.

115 Donc le premier euuh au niveau cognitif. Donc euuh l'évaluation cognitive comme le MMS

116 euh le test des cinq mots, le test des horloges. Ensuite y a l'autonomie avec la ADL et IADL ,

117 l'autonomie au domicile ou voila. Ensuite on va évaluer aussi euh la nutrition, voir leur appétit

118 si euh s'ils ont perdu du poids euuh, leur euuh on va calculer leur IMC ect...Ensuite on va

119 évaluer également l'humeur avec le test euh GDS. On va leur poser 4 questions sur l'humeur et

120 on va aussi évaluer euuh leur mobilité. EUUH à partir de ça si un de ces points ou plusieurs de

121 ces points est altérés, on peut considérer la personne comme fragile ou pré fragile. Voilà, et

122 c'est grâce à ces tests là que, plus les tests complémentaires, enfin les bilans complémentaires,

123 les bilans sanguins euuh, les IRM quand le médecin le demande ect.. Voilà. On va euuh on va

124 voir si la personne est considérée comme fragile ou pas.

125 L - Ok très bien, j'ai rien à rajouter par rapport à la définition. Du coup est-ce que tu, est-ce que

126 tu peux, tu sais pour toi, quels peuvent être les risques principaux de cet état de fragilité ?

127 E - euuff les risques principaux euuh : le manque de suivi je pense, si les personnes ont, sont

128 pas suivies, enfin, ça arrive souvent queee, qu'on ait des personnes qui viennent, où on a rien,

129 on a rien dans le dossier parce que les personnes sont pas, sont pas suivies voilà et les choses,

130 les années passent, les années passent, les gens vieillissent euuhh donc plus les gens vieillissent

131 plus la fragilité, plus y a risque de fragilité. Et que les personnes soient pas suivies je pense que

132 ça, enfin de pas, d'où l'importance d'un dépistage précoce d'une fragilité

133 L - Mm oui !

134 E - J'ai pas trop fait ici, en fait ici on reçoit surtout les personnes, elles sont fragiles ! Les

135 personnes elles viennent, enfin c'est trop tard elles ont euuh, elles sont considérées comme

136 fragiles ou pré- fragiles

137 L - D'accord

138 E - Voilà

139 L - Mais ce que je voulais dire, c'est que, qu'est ce que cette fragilité peut engendrer ?

140 E - Ah beh alors une hospitalisation

141 L - Ouais

142 E - Une hospitalisation et ou alors une institutionnalisation

143 L - D'accord

144 E - Voila et euuh donc des frais, des frais pour tout le monde et euuh et le fait que la personne

145 puisse plus euuh rester euuh au domicile ce qui est, ce qui est généralement, souvent les gens,

146 des fois, ont du mal à accepter de pas pouvoir euuh être autonomes au domicile

147 L - Mm OK. Et sur euuh, tu m'as dit que tu en avais fait une visite à domicile, est-ce que euuh

148 tu peux me la décrire enfin en me disant euuh comment t'as mené ton intervention ?

149 E - Euuh la visite à domicile, que la personne est venue euuh à l'hôpital et après on est allé la

150 voir quelques semaines après, c'est ça ?

151 L - Oui, pour le retour à domicile

152 E - euuh

153 L - Enfin c'est une personne qui a été hospitalisée, c'est bien ce que tu m'avais dit ?

154 E - Alors oui j'en ai eu une où le patient était hospitalisé, mais alors moi je n'étais pas encore

155 arrivée c'était au tout début. Donc quand la personne était hospitalisée je n'étais pas là, je suis

156 arrivée après, et juste après je suis allée faire la visite à domicile

157 L - D'accord, ok

158 E - C'est pas moi qui ai suivi la personne en hospit et en et euuh avec l'équipe mobile

159 L - Ok

160 E - Mais du coup euuh enfin je sais pas si tu veux que je te raconte tout ou pas

161 L - Enfin si tu sais oui raconte moi

162 E - Ouais donc du coup c'est une personne qui était venue pour chute et pour maintien à

163 domicile difficile. Il vivait avec son épouse euuh dans un appartement à *****. Et sachant

164 que son épouse à la maladie d'Alzheimer euuh sa fille, donc c'est sa fille qui euh qui l'a retrouvé

165 un jour au sol. Voilà, donc il a été hospitalisé chez nous. Au final, ils ont fait toutes les

166 évaluations etc. Il est retourné au domicile une fois qu'il était stable médicalement parlant. Il

167 est retourné au domicile avec des infirmières en plus euuh y avait quoi : infirmière, kiné euh

168 parce qu'il avait du coup vachement perdu en mobilité. Euhh et donc on se demandait comment

169 ça allait se passer sachant que la femme avait la maladie d'Alzheimer aussi, que lui en gros était

170 la tête et sa femme niveau mobilité locomoteur il y avait aucun problème mais euh voilà, on

171 s'est dit que ça allait être compliqué mais la fille voulait pas institutionnaliser ses parents, elle

172 voulait s'en occuper jusqu'au bout et euh parce que pour elle, c'était son rôle, c'était son devoir

173 et donc elle voulait un retour au domicile. Donc quelques semaines après je suis allée voir au

174 domicile et enfin la fille avait conscience qu'il y avait des aménagements à faire euuh au

175 domicile et mm et donc euuh du coup euh elle attendait quand même notre euuh notre visite.
176 Donc je suis allée les voir. Euh donc après tu veux que je te dise les aménagements que ?
177 L - Beh est ce que tu as utilisé des évaluations euuh, qu'est-ce que tu as fait pendant cette visite
178 à domicile
179 E - J'ai mis en situation, voilà il y avait euuh des problèmes parce que euuh c'était un
180 appartement sur étage euh un monte escalier avec, était déjà euh mis en place il y a quelques
181 années sauf qu'il y avait un souci là enfin euuh enfin euuh autant lui, qu'elle euuh n'arrivait
182 plus à monter sur le monte escalier, fin s'asseoir sur le monte escalier et à euuh sortir du monte
183 escalier. Donc au final, aucun intérêt et euuh donc du coup j'ai mis la dame et le monsieur en
184 situation, pour montrer comment ils faisaient ce qui, ce qui est difficile. Voilà, puis après, on a
185 trouvé des aménagements, des solutions pour qu'ils puissent monter plus facilement sur ce
186 monte escalier. Ensuite je leur ai demandé de me montrer comment ils se, comment ils faisaient
187 le transfert au lit ect.. Et euh c'est vrai que c'était difficile donc euh on a trouvé des petites
188 astuces.
189 L - D'accord
190 E - Voilà
191 L - Ok, très bien, merci bien. Et ensuite euh du coup de euh de manière générale, d'après toi
192 quels peuvent être les autres ergothérapeutes qui peuvent réaliser des retours à domicile ?
193 E - Les autres ergothérapeutes, c'est-à-dire ?
194 L - Où c'est qu'ils peuvent travailler ?
195 E - Ah euh beh y a des euh des ergothérapeutes libéraux qui peuvent intervenir mais bon, euh
196 du coup, c'est payant, bon c'est un peu, c'est pas remboursé quoi.
197 L - Ouais, oui d'accord
198 E - après les autres ergothérapeutes qui peuvent intervenir, ça dépend après de la, de la patho,
199 par exemple pour la dame qui a l'Alzheimer, y a l'ESA qui aurait pu euh aussi intervenir.
200 L - Oui
201 E - Parce que du coup j'y suis allée pour le monsieur
202 L - Oui
203 E - Mais en même temps, on m'a demandé des aides aussi pour la dame
204 L - Mm
205 E - Et des orthèses mnésiques ect
206 L - D'accord
207 E - Voilà que, là, dans ce cadre-là, l'ESA aurait pu euh aussi intervenir
208 L - Oui complètement ouais !! Elle était pas suivi par l'ESA cette dame ?
209 E - Non

210 L - D'accord, ok et du coup pour la dernière question : à ton avis, l'ergothérapeute dans le retour
211 à domicile d'une personne âgée fragile, est-il suffisamment représenté sur le territoire
212 d'Occitanie ?

213 E - Euh alors sur le territoire d'Occitanie je sais pas, sur le territoire de ***** non (rire)

214 L - (rire) d'accord

215 E - Occitanie c'est un peu large, je sais pas comment tout, dans les autres villes, ils se, ils font
216 mais euh je pense qu'à ***** il y aurait un travail à faire sur ça, sur les retours à domicile et
217 aussi sur le maintien aussi euh au domicile

218 L - D'accord

219 E - Parce qui dit retour à domicile, enfin veut dire que les patients, les personnes ont été
220 hospitalisées et euh si elles ont été hospitalisées c'est que le maintien était difficile aussi, donc
221 peut-être. Le problème c'est que, je pense, après c'est difficile hein, la réalité fait que euh c'est
222 difficile mais, euh y a pas de euh , les personnes arrivent à l'hôpital c'est déjà trop tard, enfin
223 il est tard. Il leur est rien arrivé, enfin ils se sont fait mal ou euh ou c'est plus possible, l'aidant
224 est épuisé ou et c'est déjà trop tard et je pense qu'une prise en charge plus précoce, pourrait
225 éviter toutes ces hospitalisations et euh et oui pourrait réduire le nombre d'hospitalisation et
226 faire en sorte que la personne reste plus longtemps au domicile.

227 L - Super, merci beaucoup pour le temps que tu m'as consacré.

9.9 Annexe n°8 : Entretien E3

1 **L** - Donc, je suis Lucie Vidal, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à Toulouse et dans le
2 cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens. Mon mémoire porte sur la place
3 des ergothérapeutes d'Occitanie dans le retour à domicile des personnes âgées fragiles. Et donc,
4 cet entretien d'une durée approximative de 30 minutes, a pour objectif de voir quel est la place
5 de l'ergothérapeute dans ce domaine-là. Donc, dans un premier temps, je te poserai des
6 questions sur ton exercice professionnel et sur les interventions que tu peux faire. Ensuite, je te
7 poserai des questions sur l'état de fragilité, quelles représentations tu peux avoir. Et enfin je te
8 poserai des questions un peu plus ouvertes, subjectives, pour voir ton opinion, pour savoir ton
9 opinion par rapport à ça. Donc, est-ce qu'avant de commencer, t'as des questions ?

10 **E** - Non c'est nickel, c'est bon pour moi

11 **L** - Ok donc est ce que tu peux commencer par me dire où c'est que tu travailles et quels sont
12 tes missions au sein de ton service.

13 **E** - Ouais pas de problème, donc du coup moi je travaille au SSR ***** à *****. Je suis
14 en SSR davantage gériatrique, il est dit polyvalent mais il est plus orienté gériatrique.

15 **L** - D'accord

16 **E** - Moi mes missions sur place du fait, enfin c'est c'est une ouverture de poste donc du coup
17 ça fait 8 mois, 9mois qu'il y a un ergothérapeute sur ce poste. On a.., j'ai du tout monté
18 directement dès que je suis arrivé. Euh mes premières missions ont été surtout sur la prise en
19 charge de ces personnes, sur le positionnement, au lit, au fauteuil etc...ça a été ma première
20 mission parce qu'ils étaient vraiment en difficulté sur la structure, il y avait beaucoup, beaucoup
21 d'escarres, de chutes etc donc du coup, ça a été sur le positionnement et la mise en place des
22 techniques. Suite à ça, une fois que j'ai réussi à me..., à faire ma place, on va dire, dans l'équipe,
23 à me présenter, à montrer la plus-value de l'ergothérapeute, je suis intervenu du coup sur
24 l'hôpital de jour de cette clinique aussi où on intervient sur justement des personnes qui sont
25 rentrées au domicile et qui veulent continuer la rééducation, qu'on continue sur tout ce qui est
26 travail de la marche et de l'équilibre

27 **L** - D'accord

28 **E** - Après pour les personnes qui sont sur le SSR, euh ...donc en plus du positionnement, il y a
29 aussi des prises en charge de rééducation donc en fonction de la pathologie euh... on fait des
30 séances de rééducation. Donc moi, mes séances c'est à peu près une heure. Je fais une heure de
31 rééducation pour les personnes qui en ont besoin. J'essaie de le faire le plus régulièrement
32 possible euh... la difficulté moi que je rencontre, c'est que je suis tout seul pour 120 patients,
33 plus les patients qui sont en hôpital de jour, ça fait beaucoup. Suite à ça, donc du coup, sur mes

34 deux premiers mois, j'ai commencé à être sollicité par les médecins pour du retour à domicile
35 euh... des personnes qui étaient sur le SSR

36 **L** - Et c'est toi qui t'es proposé ou c'est eux qui sont venus directement vers toi ?

37 **E** - Alors moi je me...je me suis proposé au début, euh... j'ai eu un petit problème avec la
38 direction suite à ça, parce que la direction ne connaissait pas le rôle de l'ergothérapeute. Donc
39 la direction, c'est ma directrice et ma cadre de santé. Elles connaissaient pas le rôle de
40 l'ergothérapeute du tout. Donc du coup, j'ai dû essayer de montrer un petit peu ce que je faisais
41 etc.. Et ils m'ont refusé complètement de travailler sur les retours à domicile parce que pour
42 eux, euh... il y avait vraiment un enjeu plus particulier sur l'ergothérapeute, euh... sur le versant
43 matériel. Je devais vraiment gérer les stocks, gérer le matériel, faire le point sur ce qu'on avait
44 sur la structure etc. Moi, en deux mois, je l'avais déjà fait ça. Donc, je vais pas faire enfin... je
45 vais pas faire que ma pratique uniquement sur le matériel donc du coup c'est ce que j'ai essayé
46 d'expliquer, que il y avait aussi un intérêt au retour à domicile. Ils me l'ont refusé.

47 **L** - Hum

48 **E** - Je l'ai fait quand même, hi hi !. Avec les médecins, donc, on a essayé d'être le plus discret
49 possible

50 **L** - ok

51 **E** - Je l'ai fait que vraiment sur des cas, vraiment, difficiles

52 **L** - Et les médecins, ils ont pas...enfin les médecins, ils avaient pas de pouvoir par rapport à
53 ça ? par rapport à la direction ?

54 **E** - Si, ils ont essayé de me défendre etc. et ils ont essayé de montrer que justement on embauche
55 un ergothérapeute, c'est pas pour qu'il gère le matos, c'est aussi pour tout le versant retour à
56 domicile, pour réautonomiser la personne. Le but, c'est aussi, on va pas les garder
57 éternellement, on va pas les envoyer en EHPAD juste parce qu'on peut pas gérer le retour à
58 domicile derrière. Donc du coup, les médecins ont essayé de me défendre, la direction n'a pas
59 du tout suivi. J'ai l'assistante sociale aussi, l'assistant sociale m'a beaucoup sollicité par rapport
60 au retour à domicile parce que c'était elle qui le faisait.

61 **L** - Hum

62 **E** - Avant que j'arrive, elle gérait tout ce qui était matos pour le retour à domicile, les aides
63 donc tout ce qui était IDE, aide-ménagère etc. Ça, c'était plus son versant donc c'était logique
64 mais pour les aides matérielles, aides techniques

65 **L** - oui c'était limité oui

66 **E** - ... tu te dis qu'elle est pas formée. Donc elle a fait beaucoup de lien avec des prestataires
67 qui l'ont beaucoup orientée donc c'était super mais pour moi, il y avait pas ce regard ergo, et
68 euh... d'où l'intérêt d'avoir un ergothérapeute sur la structure. Euh ...suite à ça, du coup, j'ai

69 réussi à progressivement montrer l'intérêt du retour à domicile pour l'ergothérapeute. Ils ont
70 commencé à accepter que je fasse de temps en temps des retours à domicile alors que j'en faisais
71 quand même dans leur dos, je vais pas mentir. Et suite à ça, donc les médecins ont eu vraiment
72 des retours positifs, sur, sur le retour à domicile euh... Et du coup, j'ai fait la demande auprès
73 de la direction, si c'était possible que je fasse carrément des visites à domicile.

74 L - Hum

75 E - Que moi je me déplace sur place. Euh... Ils me l'ont refusé catégoriquement ils m'ont
76 clairement fait comprendre que euh... je n'aurais pas la possibilité de le faire. Donc, ça reste
77 toujours sur... dans un coin de ma tête.

78 L - Oui bien sûr

79 E - Je réitérerai ma demande parce que je pense que c'est clairement une plus-value de pouvoir
80 aller sur place.

81 L - ça a été, c'est récemment là, ce que tu me dis ?

82 E - Euh...alors ça a été euh... sur mon quatrième mois de travail donc du coup ça doit faire
83 en novembre, décembre

84 L - Hum

85 E - Ça fait quand même, c'est assez récent, c'est, c'est pas, c'est pas tard, c'est plutôt récent.

86 L - Oui c'est récent, ok, parce que toi t'as commencé, au ..., en septembre ?

87 E - J'ai commencé en juillet, alors, ça fait quoi comme mois, ça fait quatre, ça fait sept ouais
88 en novembre du coup j'ai dû faire la demande.

89 L- D'accord

90 E - Je l'ai faite plusieurs fois de toute façon, je l'ai faite en...dès que je suis arrivé. La première
91 semaine, donc on m'a dit que c'était clairement pas l'intérêt pour le moment. C'est pas que je
92 l'ai compris mais je me suis dit que bon euh..., je vais peut-être me concentrer davantage sur
93 l'ouverture de poste, vraiment, gérer le coté administratif dès le début ect. Puis, je suis revenu
94 un peu plus tard, c'était de nouveau non et la dernière fois du coup c'était novembre.

95 L - D'accord Ok

96 E - Voilà Euh... après...

97 L - Et donc là tu continues à faire des retours discrètement un petit peu avec... ?

98 E - Enfin moi, je les faisais du coup vraiment en discret, enfin...

99 L - Oui discret

100 E - Je les faisais avec le médecin ou il me faisait...je suis obligé de travailler sur prescription
101 donc du coup, il me faisait quand même les prescriptions sauf que euh...sur les prescriptions,
102 c'était pas forcément mis, mot pour mot, le retour à domicile, voir pour matériel etc donc on
103 essayait un petit peu de contourner le, le, le processus et après pareil, j'étais vachement en lien

104 avec l'assistante sociale qui essayait de réorienter, aussi parfois, en disant que c'était elle qui,
105 enfin, qui faisait le retour à domicile alors que c'était moi etc, quand il y avait des demandes
106 auprès de la direction quoi.

107 **L** - Hum. Et comment la direction il justifie ça, le fait que euh... ?

108 **E** - Euh...alors le fait que je puisse pas travailler sur le retour à domicile, au début, donc du coup
109 c'était vraiment sur le coté, où eux, l'ergothérapeute n'était pas habilité à le faire. Ils l'ont
110 compris au fur et à mesure que, bein si, ça faisait parti de mes champs d'action.

111 **L** - Oui

112 **E** - Mais par contre pour les visites à domicile, c'est d'un point de vue assurance. Ils ne veulent
113 pas que j' le fasse parce qu'ils me disent que je suis pas assuré si je sors de la clinique et ils
114 veulent pas faire les assurances qui me le permettent, en fait, parce que d'autres structures, ça
115 leur posent aucun souci.

116 **L** - Oui c'est ça

117 **E** - Les ergothérapeutes demandent, est ce que je peux faire une visite à domicile, souvent il y
118 a des feuilles d'autorisation sortie ect ... qui permettent d'assurer la personne sur ses retours à
119 domicile, sur ses visites à domicile, et euh moi la démarche n'est pas faite, ils veulent pas le
120 faire.

121 **L** - Et pourquoi toi en temps qu'ergo faire des retours à domicile, des visites à domicile c'est
122 aussi important ?

123 **E** - Bein, enfin clairement, là, la population que j'ai en plus, c'est la gériatrie donc du coup
124 euh...souvent, ils nous sont présentés au niveau des pathologies, c'est parce qu'ils ont chutés
125 chez eux vu que la salle de bain n'est pas adaptée, ils ont mis leurs pieds dans un tapis, ils ont
126 chuté, ils ont chuté dans leur jardin parce que il y a une petite marche et y a pas de main
127 courante, donc, du coup ils sont tombés. C'est typiquement des choses que nous on peut
128 intervenir et on peut essayer de mettre, enfin, des choses en place.

129 **L** - oui

130 **E** - Donc c'est, c'est, c'est pour ça que pour moi, l'ergothérapeute a tout son intérêt d'aller faire
131 des visites à domicile pour pouvoir évaluer déjà dans un premier temps les difficultés que
132 pourraient avoir le patient et après, bien sûr en collaboration avec lui et sa famille, voir ce qu'on
133 peut mettre en place.

134 **L** - Hum

135 **E** - Pour moi, c'est là tout l'intérêt en fait.

136 **L** - Hum, hum c'est important oui. Et du coup, hum, vu que du coup t'en as quand même réalisé,
137 est ce que tu peux me décrire, en prenant un exemple concret, le déroulé de ton intervention ?

138 **E** - Ouais, euh....si je te donnais un exemple concret

139 L - Ouais

140 E - ... euh, là récemment j'ai dû accompagner une patiente qui, euh, donc en cancéro qui devait

141 rentrer chez elle, euh, enfin l'intérêt, je ne dirais pas l'intérêt, le projet de vie c'était que, le

142 cancer il était trop évolué, elle voulait rester chez elle pour les derniers jours. Il y avait quand

143 même un certain temps, elle pouvait, elle était autonome cette dame, elle arrivait à marcher ect

144 sauf qu'elle avait des troubles de l'équilibre et au niveau des déplacements, etc, ils étaient pas

145 sécur toutes seules.

146 L - Oui

147 N- Euh. Moi, le processus, c'était dans un premier temps de rencontrer la patiente.

148 L - Oui

149 E - C'est ce que je fais à chaque fois. J'ai un entretien, enfin, de retour à domicile que je possède

150 à la clinique où je pose toutes les questions dans un premier temps sur la pathologie, euh... sur

151 les conséquences de la pathologie, euh... si il y a des antécédents, ensuite je passe plus sur un

152 coté euh...environnement, donc plus sur l'architecture de sa maison, appartement, voir

153 comment c'est organisé vu que j' peux pas faire de visite à domicile.

154 L - Oui. C'est toi qui l'as organisé, c'est toi qui l'as créé cet entretien ou tu t'es appuyé de ...

155 E - Ouais

156 L - ... de quelque chose

157 E - Enfin, je l'ai créé, j'me suis pas appuyé sur un bilan, quoi que ce soit, et plus avec des

158 collègues aussi qui ont pu m'aider pour améliorer, entre guillemets, cet entretien.

159 L - D'accord

160 E - Donc c'est du fait maison, quoi.

161 L - Ouais

162 E - Euh...donc plus après, une partie avec architecture où je demande un petit peu si c'était, si

163 c'est une douche à l'italienne, une baignoire, s'il y a des escaliers etc. Donc là, à ce moment-

164 là, ça permet d'avoir déjà un premier visu euh... sur les difficultés qu'elle pourrait rencontrer.

165 Euh, si la patiente ou si la famille possède des photos ou peuvent me prendre des photos, je

166 demande des photos.

167 L - Ouais

168 E - Pour voir vraiment, par exemple, elle avait une baignoire, en plus, hyper atypique où la

169 baignoire avait une forme très particulière, on pouvait pas mettre beaucoup de chose pour la

170 rendre accessible.

171 L - Ok

172 E - et je leur ai demandé si c'était possible de me prendre des photos, donc je me suis basé par

173 rapport à ça et ma troisième partie d'entretien du coup c'est plus une, sur les habitudes de vie,

174 qu'est ce qu'elle fait, qu'est ce qu'elle aime faire, qu'est ce qu'elle ne fait plus de par sa
175 pathologie etc. Donc du coup, dans ces cas-là, j'essaye d'adapter s'il y a certaine difficulté,
176 d'adapter euh ce qu'elle aime faire, ce qu'elle aimait faire etc et trouvait des moyens de
177 compensation ou d'aménagement, si il faut de l'aménagement et après dans ces cas là en
178 fonction de ce qu'elle enfin de ce qu'elle m'a dit, j'ai un premier entretien avec elle. J'ai un
179 deuxième entretien avec la famille si je vois qu'il manque des informations.

180 L - D'accord, systématiquement tu commences par, que le patient ?

181 E - Oui systématiquement

182 L - Et après la famille si besoin.

183 E - si vraiment je vois qu'au niveau cognitif, y a pas tout, enfin il me manque des choses, si
184 euh... juste par oubli elle... si je vois que j'ai pas eu toutes les infos et que c'est la famille qui
185 me donnera davantage de chose, j'appelle la famille juste après ou alors je peux les voir s'ils
186 sont directement sur la structure

187 L- ok

188 E - voilà et après dans ces cas-là, je fais le lien, moi je fais un cahier des charges...

189 L - Hum

190 E - ... de ce qui me semble adapté à mettre en place au domicile euh... et je passe avec un
191 prestataire avec qui je travaille. Donc, soit c'est eux, le patient et la famille qui préfèrent
192 travailler avec un prestataire, donc du coup, je me rapproche de ce prestataire, soit moi je passe
193 avec le prestataire avec qui je travaille et on fait plus ou moins le, le retour à domicile ensemble,
194 en binôme.

195 L - D'accord

196 E - C'est...enfin moi je suis la tête, entre guillemets, eux ce seront les yeux et les mains sur la
197 maison.

198 L - Ok. Et donc, visite à domicile t'en fait très peu au final ?

199 E - J'en fais pas du tout, visite à domicile, j'en fais pas du tout.

200 L - Ok

201 E - C'est vraiment la grosse problématique et la demande que je réitère à chaque fois

202 L - Oui, oui

203 E - Retour à domicile j'en fais quand même, visite à domicile, j'en fais pas.

204 L - D'accord, ok et ...

205 E - c'est, c'est...

206 L - vas-y pardon,

207 E - vas y

208 L - Non, dit moi

209 E - Non, non je disais c'était juste vraiment la problématique que moi je possède sur la structure.
210 L - Et si tu en faisais, ...
211 E - ouais
212 L - Qu'est-ce que ça t'apporterait en plus, toi dans ta... ?
213 E - Ouais en fait moi c'est..., je pense que, de ce que me disent les patients, la famille ect, il y
214 a des choses qui doivent me manquer c'est sûr euh....normalement, en temps
215 qu'ergothérapeute, tu sais que bein ...une toute petite marche même, tu sais au niveau des
216 fenêtres si tu as un petit, un petit relevé c'est ça, qui t'empêche de passer, ça peut être un risque
217 de chute. Donc du coup, euh parfois ils ne me le disent pas ça, les patients et la famille, je suis
218 obligé de poser la question et y a des fois, ça vient pas enfin forcément parce que j'y pense pas
219 et le fait d'être sur place, en fait, t'as tout qui te saute aux yeux, je pense. Tu sais que
220 normalement, vu que c'est un petit peu ton métier, après y a des choses qui vont nous manquer
221 c'est sûr mais au moins on a les normes, on sait comment l'architecture doit être pour avoir
222 quelque chose de plutôt correct. Euh... quelque chose pour eux, par exemple, le patient, la
223 famille, qui leur semblent pas du tout à risque, nous on va rentrer au domicile, on va se dire,
224 mais c'est une catastrophe, quoi. C'est, c'est vraiment le côté, où nous, on a notre plus-value,
225 on a nos connaissances que eux n'ont pas et ils vont pas forcément nous le dire. Alors que nous,
226 on va rentrer et ça va être, direct on va voir les choses.
227 L - ça va être une évidence
228 E - C'est ça
229 L- ok
230 E - Et puis pareil, passer par prestataire, et du coup, bein, lui expliquer qu'il faut regarder ça ça
231 ça, ils vont oublier des choses aussi, parce que c'est pas leur métier. Moi, je peux, je peux les
232 guider par téléphone, y a aucun souci mais c'est une perte de temps pour moi parce que je peux
233 pas travailler sur place, enfin je peux pas travailler sur place, y a des choses qui vont manquer
234 et je peux pas travailler sur ma structure parce que je suis au téléphone pour guider le prestataire
235 donc... C'est pas le plus adapté.
236 L - C'est pas l'idéal, oui
237 E - Non
238 L - Et du coup, euh.... Ok. Donc, je vais passer sur la partie un peu plus sur le...l'état de fragilité.
239 E - Ouais
240 L - Du coup est ce que tu sais à quoi peut s'apparenter l'état de fragilité ?
241 E - L'état de fragilité, enfin, tu veux que je te donne ma définition de l'état de fragilité ?
242 L - Ouais, ouais

243 E - Euh, pour moi, l'état de fragilité du coup euh...c'est surtout par rapport aux capacités de la
244 personne, euh si euh comment je la définirais, tiens ? C'est pour moi, une personne fragile, c'est
245 une personne qui même si elle a retrouvé une certaine autonomie, a un risque de retomber,
246 rechuter ou avoir un état de santé précaire, plus ou moins quelque chose qui pourrait rechuter à
247 tout moment.

248 L - Ouais c'est ça. Une personne âgée fragile, c'est, elle a un risque plus élevé de perte
249 d'autonomie.

250 E - Ouais

251 L - Du coup, y a 5 critères qui peuvent illustrer ça : C'est la faiblesse, en général, de la personne,
252 une faible endurance, une activité physique réduite, une vitesse de marche lente, et une perte de
253 poids involontaire.

254 E - Ouais

255 L - Du coup, voilà.

256 E - Moi c'est typiquement les patients que j'accompagne quoi.

257 L - Ouais, ok et c'est ...enfin par rapport à ta population de personnes hospitalisées, du coup
258 c'est quasiment tout le monde est considéré comme fragile à ton avis ?

259 E - Ouais, clairement tout le monde est considéré fragile, enfin déjà de par leur âge
260 malheureusement

261 L - Ouais

262 E - euh... et des, des comorbidités donc en plus souvent ils arrivent avec, enfin, je vais te dire
263 une bêtise, imaginons qu'ils ont chuté, ils ont une fracture de la hanche. Bein donc y aura ça,
264 tout ce qui est rééducation à la marche, ils vont sûrement récupérer mais le problème c'est qu'il
265 y a des comorbidités à coté qui font bein..qu'ils récupèrent pas assez vite. Euh certaines fois
266 il...enfin l'état de santé rechute donc il faut qu'on reparte sur des choses etc. C'est pour ça que
267 parfois le retour à domicile est compliqué

268 L- Hum, hum et oui !

269 E - euh enfin, le retour au domicile en tout cas est compliqué souvent j'ai des retours en EHPAD
270 etc euh... le retour au domicile c'est quand même une minorité de mes, de mes transferts au...
271 à la structure, c'est-à-dire que souvent j'accompagne les patients, la plupart ne rentrent pas chez
272 eux, la plupart rentrent soit en EHPAD soit en résidence sénior, soit dans des, des, des services
273 vraiment spécifiques.

274 L - D'accord. Parce qu'ils y étaient déjà avant ou c'est euh....

275 E - Soit ils y étaient déjà avant, soit c'est une..., c'est la famille qui ne veut pas que les patients
276 retournent chez eux et qui du coup, pendant l'hospitalisation, font les démarches pour trouver
277 des structures adaptées.

278 L - D'accord et la personne, du coup, même si elle veut aller, rentrer à domicile, souvent c'est
279 contre son gré qu'elle va en institution ?

280 E - Ouais et là malheureusement, c'est tout le, toute la problématique et c'est traumatisant pour
281 le patient parce que, y a des fois des patients qui ont toute leur tête et on leur annonce que
282 bein..., non la famille font des démarches pour de l'EHPAD etc. Euh...C'est là qu'il y a souvent
283 un conflit famille et patient et dans ces cas-là, il y a des réunions qui se font avec le médecin,
284 l'assistante sociale euh...et euh famille, patient.

285 L - D'accord et toi, tu euh...tu n'y vas pas ?

286 E - Moi j'interviens pas dans ces cas-là, non. Ça pourrait être intéressant, après je pense pas
287 apporter quelque chose sur ce type de réunion parce que là du coup...souvent c'est le type de
288 réunion qui essaye de montrer au patient que ils ont pas les moyens de rentrer chez eux, au
289 domicile. Euh... le médecin...sera beaucoup plus apte...

290 L - Par rapport aux aides et tout ça ?

291 E - ...à le faire que moi en tout cas.

292 L - D'accord, ça marche, ok. Ok, merci bien. Et du coup, euh...de manière générale, d'après
293 toi, quelles peuvent être les autres ergos qui peuvent réaliser des retours à domicile, dans
294 quelles, dans quelles structures ils peuvent travailler ? Comme toi, t'es en SSR Gériatrique.

295 E - D'accord, d'accord ok. Euh, bein pour moi, alors SSR Gériatrique. Y a tout ce qui est euh...,
296 après y a tout ce qui est centre MPR par exemple, de médecine physique et de réadaptation.
297 Souvent quand t'as des personnes neuros qui essayent de revenir chez eux mais qui ont pas
298 récupéré tout ce qu'ils auraient dû récupérer euh et que du coup il faut adapter l'appartement,
299 la maison etc pour moi ça peut être intéressant.

300 L - Oui, oui mais là je reste vraiment sur la population des personnes âgées fragiles

301 E - Ah, ok excuse-moi, c'est vrai, j'ai pas... Excuse-moi. Euh...après, ouais, après c'est
302 personnes âgées forcément du coup, les personnes fragiles sont forcément âgées ?

303 L - Les personnes sont forcément des personnes âgées.

304 E - ok, Euh...SSR gériatrique euh.....

305 L - Après si t'as pas d'autre, c'est pas grave !

306 E - Ouais euh non, je suis en train de réfléchir. Après tu as les USLD, c'est des unités de soin
307 de longue durée. Euh...en fonction de la récupération de la personne, peut-être, je pense que ça
308 pourrait être intéressant si la personne récupère correctement derrière.

309 L - Ok

310 E - Euh après souvent, il y a enfin je dirais pas,... en fait les EHPAD souvent, t'as des, des
311 petits parcours, tu sais, de répit

312 L - Oui

313 E - Pour les, les, les familles et ils envoient leur patient, enfin ils envoient leur, par exemple
314 leur grand-mère, dans les EHPAD sur un petit temps. Est-ce que l'ergothérapeute en EHPAD
315 ne peut pas avoir un petit créneau, retour à domicile, pour être sûr de, de, de bien préparer le
316 retour de la personne âgée. Pourquoi pas ?

317 L - Pourquoi pas, oui. Pourquoi pas, oui.

318 E - Moi ce serait peut-être les trois unités, en tout cas les trois centres, structures qui pourraient
319 être intéressants, ouais c'est possible.

320 L - ok ça marche, merci.

321 E - Pas de souci

322 L - Et du coup, à ton avis, l'ergothérapeute dans le retour à domicile d'une personne âgée fragile
323 est suffisamment représenté sur le territoire d'Occitanie ?

324 E - Moi, je pense pas. Je pense pas euh.....parce que là, enfin, c'est, est ce qu'il est assez
325 représenté pour le retour à domicile, c'est ça ?

326 L - Ouais

327 E - bein, là regarde, par exemple, moi sur ma structure, certes, je travaille le retour à domicile
328 mais est ce que ce que je fais, est de qualité, je pense pas. Pour moi, je représente pas ces ergos.
329 Je sais.... Moi, je représente pas l'ergo qui, qui fait du visite à domicile de, de complet enfin du
330 retour à domicile complet. Pour moi, il faut... je sais pas pour moi il y a forcément le coté visite
331 à domicile, euh... qui me paraît nécessaire.

332 L - Ah, il te manque quelque chose pour faire cette partie d'intervention complètement.

333 E - En fait, on travaille tous sur ce retour à domicile, on essaye tout ce qui est transfert des
334 acquis etc. On travaille tous sur ce retour à domicile mais pour moi sur des personnes fragiles
335 vieillissantes, la visite à domicile est presque indispensable, quoi. On peut pas se permettre de
336 dire, oh bein, tiens, on va lui mettre une planche de bain parce qu'il a une baignoire. Chaque
337 personne est différente. Donc Il faut aussi enfin s'adapter en fonction de chaque personne euh...
338 je pense qu'on l'apprend assez en cours, c'est que c'est vraiment client centré, quoi. Il faut
339 vraiment adapter la prise en charge, l'accompagnement à la personne. Donc, enfin, ouais je te
340 dis par rapport à moi, j'ai pas l'impression que ce soit assez, assez euh représenté. J'ai d'autres
341 collègues, par exemple qui travaillent dans ce type de ... enfin en gériatrie et qui ont préparé
342 plus ou moins le retour à domicile, pareil que moi, ils ont été bloqués. Y avait pas de visite à
343 domicile possible et du coup, on le travaille de la même façon plus ou moins ce retour à domicile
344 mais c'est pas complet.

345 L - Hum, Hum. Et du coup pour toi, enfin ce qui empêche le fait de réaliser un retour à
346 domicile complet, c'est une méconnaissance de la direction ?

347 E - C'est exactement ça, une méconnaissance de la direction, euh... y a ça et dans mon cas
348 aussi c'est euh après malheureusement c'est ça quand la direction, c'est des administratifs,
349 c'est que, tout est argent. Moi, je suis dans le privé donc forcément il faut qu'il y ait un
350 rendement derrière. Malheureusement, il faut, il faut faire rentrer de l'argent, c'est la réalité
351 de la chose malheureusement.

352 L - et une visite à domicile c'est pas, c'est pas rentable ?

353 E - Non, pour eux ça leur rapporterait pas assez et...et c'est là moi aussi tout l'enjeu d'essayer
354 de leur montrer bein que y a pas que le rendement dans la vie malheureusement et que là on
355 joue avec la vie des gens, quoi.

356 L - ouais

357 E - C'est difficile, difficile à mettre en place, difficile à entendre, malheureusement.

358 L - Oui, J' comprends. Bon bein merci beaucoup.

359 E - Bein y a aucun souci.

360 L - C'était très intéressant

361 E - J'espère que j'ai répondu à toutes tes questions ?

362 L - Oui, Oui, toutes, très bien. Super, merci beaucoup pour le temps que tu m'as consacré. A
363 bientôt.

9.10 Annexe n°9 : tableau d'analyse des entretiens

Catégories	Entretien 1 : Mme A	Entretien 2 : Mme B	Entretien 3 : Mr C	Observations
Lieux d'exercice professionnel	« Je travaille dans le service d'UGA (unité de gériatrie aiguë) de l'hôpital de ***** » 1- 13	« 50% en unité gériatrique aiguë et à 50% en équipe mobile gériatrique » 1- 17	« Je suis en SSR davantage gériatrique, il est dit polyvalent mais il est plus orienté gériatrique. » 1- 14 à 15	Les trois ergothérapeutes interrogés travaillent dans trois structures différentes cela me permet de voir comment est appréhendé le retour à domicile dans ces structures.
Ancienneté dans leur poste	« ça ne fait pas longtemps que je travaille en gériatrie » 1- 171	« Depuis juillet 2020 » pour l'EMG 1- 16 « depuis novembre 2020 » pour le service d'UGA 1- 18	« 8 mois, 9mois qu'il y a un ergothérapeute sur ce poste » 1- 18	L'ensemble des ergothérapeutes interrogés travaille depuis peu au sein de leur structure. Pour l'entretien n°3, il s'agit d'une création de poste.
Missions professionnelles	« Mes missions, ce sont principalement de l'évaluation des personnes âgées hospitalisées, euh...une prise en charge, on va dire de stimulation à l'autonomie et les préparations des retours à domicile. » 1- 14 à 16 « une évaluation des transferts, des déplacements, de la possibilité de	UGA : « On évalue leur autonomie, on fait un bilan, euh, environnemental que pour voir comment ça se passe à la maison » 1- 19 à 20 « On évalue leur autonomie surtout à la toilette et à l'habillement. Les médecins nous demandent généralement aussi, un bilan cognitif. Et après, on voit, soit si c'est un retour à domicile s'ils vont en SSR ou s'ils vont en EHPAD. » 1- 22 à 24 EMG :	« Moi mes missions sur place du fait, enfin c'est une ouverture de poste donc du coup ça fait 8 mois, 9mois qu'il y a un ergothérapeute sur ce poste. On a., j'ai du tout monté directement dès que je suis arrivé. Euh mes premières missions ont été surtout sur la prise en charge de ces personnes, sur le positionnement. au lit, au fauteuil etc....ça a été ma première mission	En service de gériatrie aiguë, les principales missions sont l'évaluation de l'autonomie de la personne à la toilette, à l'habillement, aux transferts. Ils participent à la prise de décision pour l'orientation de la personne à la sortie d'hospitalisation, soit en structure (SSR ou EHPAD) ou à domicile. En équipe mobile de gériatrie, les ergothérapeutes participent à la réalisation de

	<p>la personne à faire sa toilette, à s'habiller. » 1-91 à 92</p> <p>« sur la mise en place du matériel à domicile » 1-106 à 107</p>	<p>« On fait des consultations euh tous les mardis après-midi et mercredis après-midi. Où en fait, on va évaluer les personnes, euh voir si la personne est considérée comme fragile ou non. Donc on fait toute une batterie de tests avec l'infirmière de l'équipe mobile, et le gériatre du coup. Ça c'est surtout le mardi et le mercredi et le reste du temps on est sollicité par les autres services pour euh beh pareil faire des évaluations gériatriques. Voilà ! Et, sinon après on peut recevoir des appels aussi des EHPAD de l'Aveyron, qui demandent un avis, surtout un avis ergo par rapport à des positionnements ou une évolution, parce qu'ils n'ont pas d'ergo dans les EHPAD. Tous les EHPAD n'ont pas d'ergos, du coup, ils nous sollicitent nous. Et sinon après c'est des familles qui nous appellent pour de l'aménagement du domicile ou qui</p>	<p>parce qu'ils étaient vraiment en difficulté sur la structure, il y avait beaucoup, beaucoup d'escarres, de chutes etc. Donc du coup, ça a été sur le positionnement et la mise en place d'aides techniques. Suite à ça, une fois que j'ai réussi à me... à faire ma place, on va dire, dans l'équipe, à me présenter, à montrer la plus-value de l'ergothérapeute, je suis intervenu du coup sur l'hôpital de jour de cette clinique aussi où on intervient sur justement des personnes qui sont rentrées au domicile et qui veulent continuer la rééducation, qu'on continue sur tout ce qui est travail de la marche et de l'équilibre » 1-17 à 27</p> <p>« Après pour les personnes qui sont sur le SSR, euh ...donc en plus du positionnement, il y a aussi des prises en charge de rééducation donc en fonction</p>	<p>bilans avec l'infirmière et le gériatre afin de déterminer si la personne est fragile ou non. Certains établissements peuvent aussi demander un avis ergothérapeute lorsqu'il n'y pas d'ergothérapeute dans la structure. Certaines familles aussi peuvent demander un avis ergothérapeute pour de l'aménagement du domicile. En soins de suite et de réadaptation, l'ergothérapeute a pour mission d'améliorer le positionnement de certains patients, de mettre en place des aides techniques si besoin, réaliser des séances de rééducation. Depuis peu, cet ergothérapeute est sollicité par les médecins afin de réaliser des retours à domicile. Cependant, cette mission n'est pas acceptée par la direction de son établissement.</p>
--	--	--	---	--

		<p>sont, qui ont besoin d'aide, parce qu'ils ne savent pas comment faire. Donc voilà, ils demandent qu'on se déplace. » 1- 29 à 38</p>	<p>de la pathologie euh... on fait des séances de rééducation. Donc moi, mes séances c'est à peu près une heure de rééducation pour les personnes qui en ont besoin. J'essaie de le faire le plus régulièrement possible euh... la difficulté moi que je rencontre, c'est que je suis tout seul pour 120 patients, plus les patients qui sont en hôpital de jour, ça fait beaucoup. Suite à ça, donc du coup, sur mes deux premiers mois, j'ai commencé à être sollicité par les médecins pour du retour à domicile euh... des personnes qui étaient sur le SSR » 1- 29 à 36</p> <p>Alors moi je me...je me suis proposé au début, euh... j'ai eu un petit problème avec la direction suite à ça, parce que la direction ne connaissait pas le rôle de l'ergothérapeute. Donc la direction, c'est ma directrice et ma cadre de santé.</p>	
--	--	--	---	--

			<p><i>Elles ne connaissaient pas le rôle de l'ergothérapeute du tout. Donc du coup, j'ai dû essayer de montrer un petit peu ce que je faisais etc. Et ils m'ont refusé complètement de travailler sur les retours à domicile parce que pour eux, euh... il y avait vraiment un enjeu plus particulier sur l'ergothérapeute, euh... sur le versant matériel. Je devais vraiment gérer les stocks, gérer le matériel, faire le point sur ce qu'on avait sur la structure etc. Moi, en deux mois, je l'avais déjà fait ça. Donc, je ne vais pas faire enfin... je vais pas faire que ma pratique uniquement sur le matériel donc du coup c'est ce que j'ai essayé d'expliquer, que il y avait aussi un intérêt au retour à domicile. Ils me l'ont refusé. » 1-38 à 47</i></p>	
Réurrence d'intervention pour les	<i>« Pas systématiquement mais je dirai quand</i>	<i>« Non très rarement » 1- 50 « C'est quelques fois d'aller quand</i>	<i>« Je l'ai fait que vraiment sur des cas, vraiment, difficiles » 1- 54</i>	L'intervention pour des retours à domicile est plus importante

retours à domicile	<p><i>même très, très très régulièrement, oui. Là où je n'interviens pas, disons c'est si c'est une personne qui est totalement autonome et qui venait juste pour un bilan par exemple d'une anémie, quelque chose comme ça, quelque chose qui n'a pas affecté, on va dire son autonomie motrice. » 1-23 à 26</i></p> <p><i>« Sinon dans tous les autres cas oui. » 1-28</i></p>	<p><i>même voir au domicile comment ça se passais, 2 jours ou une semaine après le retour à domicile mais c'est vrai que c'est très rare. » 1-53 à 54</i></p>		<p>pour l'ergothérapeute travaillant en unité gériatrique aigue. Pour l'ergothérapeute travaillant en SSR, il est grandement limité par cette non acceptation de l'ergothérapie pour ce genre d'intervention au sein de sa structure. Il ne le fait que pour des cas complexes. Dans le cas de l'équipe mobile de gériatrie, cela est vraiment très rare qu'elle fasse des interventions de ce type.</p>
La demande pour des retours à domicile	<p><i>« La plupart du temps, il y a une prescription médicale après moi j'assiste au staff où on parle de tous les patients donc, si voilà, si j'entends qu'il peut y avoir une situation où je peux amener ma vision d'ergo, je demande au médecin dans ces cas-là, de là en découle la prescription</i></p>	<p><i>« Les gériatres » 1-56</i></p>	<p><i>« j'ai commencé à être sollicité par les médecins pour du retour à domicile euh... des personnes qui étaient sur le SSR » 1-35 à 36</i></p>	<p>La plupart du temps, ce sont les médecins qui demandent un avis ergothérapeutique pour évaluer la faisabilité d'un retour à domicile. Quelques fois, les ergothérapeutes peuvent aussi demander une prescription car ils leur semblent qu'une expertise ergothérapeutique serait nécessaire. La demande peut aussi venir des familles, qui auraient besoin</p>

	<p><i>en fait » 1- 31 à 34</i></p> <p><i>« Finalement, avant sa sortie, ça a débouché sur une visite à domicile, son épouse était en demande car c'était elle qui l'aidait pas mal, en demande d'aide technique pour la soulager aussi elle » 1- 95 à 97</i></p>			<p>de conseils pour le retour à domicile de leurs proches.</p>
<p>Les difficultés rencontrées durant leurs interventions de retours à domicile</p>	<p><i>« Alors, là en prime, c'est un peu particulier parce qu'il y a eu un moment où les visites étaient interdites, maintenant, les visites sont sectorisées mais hyper limitées donc ça se fait sinon par téléphone mais honnêtement moi je, je trouve, on perd des informations ou on perd de la qualité d'échange, je trouve, quand on ne voit pas les aidants, quand on les voit pas en vrai quoi » 1- 145 à 148</i></p>	<p><i>« Je ... pense ... qu'après voilà si, avec très peu d'expérience mais je pense que c'est lié, beh vu qu'on est très médecin dépendant. » 1- 76 à 77</i></p> <p><i>« On n'a pas la prescription du médecin, et de, l'accord du médecin, etc. On n'ira pas euh et je pense que au niveau euh des médecins c'est pas... ils pensent pas systématiquement à nous quoi ! » 1- 79 à 81</i></p> <p><i>« Après on ne va pas se cacher, que là en ce moment avec cette histoire du covid euh, il a vachement réduit notre activité à l'équipe</i></p>	<p><i>« j'ai fait la demande auprès de la direction, si c'était possible que je fasse carrément des visites à domicile. Que moi je me déplace sur place. Euh... Ils me l'ont refusé catégoriquement ils m'ont clairement fait comprendre que euh... je n'aurais pas la possibilité de le faire. Donc, ça reste toujours sur... dans un coin de ma tête. Je réitérerai ma demande parce que je pense que c'est clairement une plus-value de pouvoir aller sur place. » 1- 73 à 81</i></p>	<p>L'épidémie de covid - 19 a énormément limité les ergothérapeutes dans leur pratique de retour à domicile. Cela est énoncé par deux ergothérapeutes sur trois.</p> <p>Un ergothérapeute annonce que certains médecins ne pensent pas aux ergothérapeutes lorsque qu'il y a un besoin pour un retour à domicile. Cela peut effectivement limiter leurs interventions dans ce domaine.</p> <p>Enfin dans le dernier cas,</p>

		<p><i>mobile...que ce soit pour les consultations, les visites à domicile » 1- 83 à 85</i></p> <p><i>« On le voit parce qu'on rentre nos activités mm, dès qu'on fait quelque chose, enfin euh en tant qu'enfin, avec l'équipe mobile, on doit rentrer notre activité et on a bien vu qu'en 2020 déjà, enfin à partir de mars 2020, y avait une grosse chute de notre activité et donc je pense que le tout, le fait que le médecin euh ne pense pas trop à nous solliciter et que euh et plus le covid. Ça va pas voila. » 1- 87 à 91</i></p> <p><i>« Il est retourné au domicile une fois qu'il était stable médicalement parlant. Il est retourné au domicile avec des infirmières en plus euh y avait quoi : infirmière, kiné euh parce qu'il avait du coup vachement perdu en mobilité » 1- 166 à 168</i></p>		<p>l'ergothérapeute est énormément limité par sa direction qui l'empêche de réaliser des visites à domicile.</p> <p>Dans l'exemple que m'a donné une ergothérapeute, elle me signale que le retour à domicile a été effectif une fois que le patient « était stable médicalement parlant ».</p>
la connaissance de l'état de fragilité	« Il y a des critères bien particuliers, je pense pour ça,	« On fait une batterie d'évaluation euh où on va toucher à	« C'est pour moi, une personne fragile, c'est une personne qui	L'état de fragilité est bien connu par l'ergothérapeute

	<p>après moi je suis pas vraiment formée en plus là-dessus » 1- 37 à 38 « La fragilité, ça touche la perte d'autonomie motrice, ça touche la dénutrition, la perte de faculté cognitive, l'isolement si la personne est seule ou entourée ça peut jouer là-dessus, il y a certainement d'autres causes. C'est ceux qui me viennent en premier, quoi disons. » 1- 42 à 44</p> <p>Discussion autour de la pandémie de la Covid-19 : « Oui c'est très compliqué, et ça on le voit de plus en plus des personnes qui sont hospitalisées. Je pense qu'à la base ils n'avaient pas forcément de problèmes médicaux mais le fait d'avoir été confiné, ça a été très très mal vécu pour</p>	<p>peu près 5, 4 ou 5 euuh items. Donc le premier euuh au niveau cognitif. Donc euuh l'évaluation cognitive comme le MMS euh le test des cinq mots, le test des horloges. Ensuite y a l'autonomie avec la ADL et IADL , l'autonomie au domicile ou voila. Ensuite on va évaluer aussi euh la nutrition, voir leur appétit si euh s'ils ont perdu du poids euuh, leur euuh on va calculer leur IMC ect...Ensuite on va évaluer également l'humeur avec le test euh GDS. On va leur poser 4 questions sur l'humeur et on va aussi évaluer euuh leur mobilité. EUUH à partir de ça si un de ces points ou plusieurs de ces points est altérés, on peut considérer la personne comme fragile ou pré fragile. Voilà, et c'est grâce à ces tests là que, plus les tests complémentaires, enfin les bilans complémentaires, les bilans sanguins euuh, les IRM quand le médecin le demande ect..</p>	<p>même si elle a retrouvé une certaine autonomie, a un risque de retomber, rechuter ou avoir un état de santé précaire, plus ou moins quelque chose qui pourrait rechuter à tout moment. » 1- 245 à 248</p> <p>« Clairement tout le monde est considéré fragile, enfin déjà de par leur âge malheureusement » 1- 260 à 261</p>	<p>de l'équipe mobile car elle réalise des évaluations. Les autres ergothérapeutes ont une connaissance plus faible de cet état mais gardent une idée correcte de la fragilité.</p> <p>Le phénomène de fragilité est amplifié par la pandémie de covid-19 d'après l'ergothérapeute travaillant en UGA.</p>
--	---	--	---	--

	<i>elles ,ouais pour des personnes qui vivaient seules à domicile et on voit du coup , je pense, des hospitalisations dues à ça finalement » 1-60 à 63</i>	<i>Voilà. On va euuh on va voir si la personne est considérée comme fragile ou pas. » 1-114 à 124</i>		
Les conséquences de l'état de fragilité	<i>« Je pense à la chute, le repli sur soi, l'isolement si la personne sort moins, à moins d'activité. » 1-57 à 58</i>	<i>« Une hospitalisation et ou alors une institutionnalisati on » 1- 142</i>	<i>« Le retour au domicile c'est quand même une minorité de mes, de mes transferts au... à la structure, c'est-à-dire que souvent j'accompagne les patients, la plupart ne rentrent pas chez eux, la plupart rentrent soit en EHPAD soit en résidence sénior, soit dans des, des, des services vraiment spécifiques. » 1-271 à 274</i>	Les principales conséquences de la fragilité sont la chute, l'isolement, la sédentarité, hospitalisation, institutionnalisat ion.
Récurrence de personnes âgées fragiles dans leur service	<i>« Je ne sais pas,70%. » 1-68</i>		<i>« Clairement tout le monde est considéré fragile » 1- 260</i> <i>« c'est typiquement les patients que j'accompagne quoi » 1- 257</i>	La plupart de leurs patients sont considérés comme étant fragile.
Les principaux motifs d'hospitalisation	<i>« Les principaux motifs, ce sont les chutes, les ce qu'ils appellent AEG altération de l'état général donc ça c'est plusieurs</i>	<i>« C'est des personnes avec euuh, altération de l'état général ou euuh, des personnes qui chutent euuh, donc voilà » 1- 71 à 72.</i>		Les principaux motifs d'hospitalisation sont : les chutes et l'altération de l'état général.

	<i>choses mais c'est principalement ces deux motifs. » 1- 73 à 76</i>			
Réurrence des visites à domicile	<i>« Assez régulièrement » 1-110</i>	<i>« J'en ai eu une où le patient était hospitalisé, mais alors moi je n'étais pas encore arrivée c'était au tout début. Donc quand la personne était hospitalisée je n'étais pas là, je suis arrivée après, et juste après je suis allée faire la visite à domicile » 1-</i>	<i>« J'en fais pas du tout, visite à domicile, j'en fais pas du tout. » 1-200</i>	Les visites à domicile, sont réalisées régulièrement par l'ergothérapeute en équipe mobile de gériatrie. Une seule fois par l'ergothérapeute de l'équipe mobile et jamais par l'ergothérapeute du SSR.
L'intérêt de visites à domicile		<i>« J'ai mis en situation » 1- 179</i>	<i>« L'ergothérapeute a tout son intérêt d'aller faire des visites à domicile pour pouvoir évaluer déjà dans un premier temps les difficultés que pourraient avoir le patient et après, bien sûr en collaboration avec lui et sa famille, voir ce qu'on peut mettre en place. » 1- 131 à 134</i> <i>« Ouais en fait moi c'est...je pense que, de ce que me disent les patients, la famille ect, il y a des choses qui doivent me manquer c'est sûr euh.....normalement, en temps</i>	Pendant l'entretien lorsque j'ai demandé un exemple d'intervention pour un retour à domicile. Les deux premières ergothérapeutes m'ont donné un exemple avec une visite à domicile. Cela montre bien l'importance que cela peut avoir dans leur intervention. Cependant, seule l'ergothérapeute a employé le terme de mise en situation. Pour l'ergothérapeute ne pouvant pas réaliser de visite à domicile, il

		<p><i>qu'ergothérapeute, tu sais que bien...une toute petite marche même, tu sais au niveau des fenêtres si tu as un petit, un petit relevé c'est ça, qui t'empêche de passer, ça peut être un risque de chute. Donc du coup, euh parfois ils ne me le disent pas ça, les patients et la famille, je suis obligé de poser la question et y a des fois, ça vient pas enfin forcément parce que j'y pense pas et le fait d'être sur place, en fait, t'as tout qui te saute aux yeux, je pense. Tu sais que normalement, vu que c'est un petit peu ton métier, après y a des choses qui vont nous manquer c'est sûr mais au moins on a les normes, on sait comment l'architecture doit être pour avoir quelque chose de plutôt correct. Euh... quelque chose pour eux, par exemple, le patient, la famille, qui leur semblent pas du tout à risque, nous on va rentrer au domicile, on va se</i></p>	<p>m'explique que cela lui manque énormément dans son intervention de retour à domicile. Il trouve que cela est essentiel car notre regard permet d'évaluer et d'anticiper certaines problématiques que d'autres professionnels ne pourraient pas voir.</p>
--	--	---	---

		<p><i>dire, mais c'est une catastrophe, quoi. C'est, c'est vraiment le coté, où nous, on a notre plus-value, on a nos connaissances que eux n'ont pas et ils vont pas forcément nous le dire. Alors que nous, on va rentrer et ça va être, direct on va voir les choses. »</i></p> <p><i>l- 214 à 227</i></p> <p><i>« Et puis pareil, passer par prestataire, et du coup, bein, lui expliquer qu'il faut regarder ça, ils vont oublier des choses aussi, parce que ce n'est pas leur métier. Moi, je peux, je peux les guider par téléphone, y a aucun souci mais c'est une perte de temps pour moi parce que je ne peux pas travailler sur place, enfin je peux pas travailler sur place, y a des choses qui vont manquer et je peux pas travailler sur ma structure parce que je suis au téléphone pour guider le prestataire donc... C'est pas le plus adapté. »</i></p> <p><i>l- 231 à 236</i></p>	
--	--	--	--

			<p>« On travaille tous sur ce retour à domicile mais pour moi sur des personnes fragiles vieillissantes, la visite à domicile est presque indispensable, quoi. On peut pas se permettre de dire, oh bein, tiens, on va lui mettre une planche de bain parce qu'il a une baignoire. Chaque personne est différente. Donc Il faut aussi enfin s'adapter en fonction de chaque personne euh... je pense qu'on l'apprend assez en cours, c'est que c'est vraiment client centré, quoi. » 1-334 à 339</p>	
Les évaluations utilisées	<p>« Le MMS ou la MOCA » 1-117 « Moi personnellement, je n'utilise pas de bilan validé on va dire, c'est des mises en situation » 1-120</p>	« mises en situation » 1-181	<p>« C'est ce que je fais à chaque fois. J'ai un entretien, enfin, de retour à domicile que je possède à la clinique où je pose toutes les questions dans un premier temps sur la pathologie, euh... sur les conséquences de la pathologie, euh... si il y a des antécédents, ensuite je passe plus sur un côté euh...environnem</p>	<p>Aucun bilan n'est réalisé par les ergothérapeutes. Les premières me renseignent sur la réalisation de mises en situation. Pour le troisième ergothérapeute, il réalise des entretiens avec le patient. Plusieurs étapes construisent cet entretien, les informations concernant la</p>

		<p><i>ent, donc plus sur l'architecture de sa maison, appartement, voir comment c'est organisé vu que je ne peux pas faire de visite à domicile. » l- 150 à 154</i></p> <p><i>« Une partie avec architecture où je demande un petit peu si c'était, si c'est une douche à l'italienne, une baignoire, s'il y a des escaliers etc. Donc là, à ce moment-là, ça permet d'avoir déjà un premier visu euh... sur les difficultés qu'elle pourrait rencontrer. Euh, si la patiente ou si la famille possède des photos ou peuvent me prendre des photos, je demande des photos. » 163 à 167</i></p> <p><i>« Ma troisième partie d'entretien du coup c'est plus une, sur les habitudes de vie, qu'est ce qu'elle fait, qu'est ce qu'elle aime faire, qu'est ce qu'elle ne fait plus de par sa pathologie etc. Donc du coup, dans ces cas-là, j'essaye d'adapter s'il y a</i></p>	<p>pathologie, les antécédents, l'environnement architectural, et sur les habitudes de vie de la personne. Un autre entretien peut être réalisé avec la famille si besoin.</p>
--	--	--	--

			<i>certaine difficulté, d'adapter euh ce qu'elle aime faire, ce qu'elle aimait faire etc et trouvait des moyens de compensation ou d'aménagement, s'il faut de l'aménagement et après dans ces cas là en fonction de ce qu'elle enfin de ce qu'elle m'a dit, j'ai un premier entretien avec elle. J'ai un deuxième entretien avec la famille si je vois qu'il manque des informations » 1-174 à 180</i>	
<p>Les éléments a évalué en priorités pour un retour à domicile de personnes âgées fragiles</p>	<p><i>« Sa capacité à assurer les transferts et à faire des déplacements de façon sécuritaires on va dire et après ce qui me paraît même presque plus important c'est pour l'entourage à domicile » 1-134 à 136</i></p> <p><i>« Et on voit bien que pour, entre guillemets, deux personnes qui, on va dire, qui ont une autonomie similaire, il y a</i></p>			

	<p><i>une qui est seule à domicile et l'autre qui est en famille ou qui a pas mal d'aide déjà, le retour à domicile est complètement différent, quoi, donc pour moi la priorité c'est tous les aidants et les gens qui gravitent autour de la personne et c'est souvent en fonction de eux, de eux que le retour à domicile va bien se passer ou moins bien se passer. » 1-138 à 142</i></p>			
<p>Les autres ergothérapeutes réalisant des retours à domicile</p>	<p><i>Bonne question : équipe mobile de gériatrie. Après je ne sais pas enfin bon ici sur ***** par exemple, il y a, on s'appuie des fois sur les ergothérapeutes de l'ASSAD. Euh... et après des fois on travaille sur un projet du retour à domicile à un peu plus long terme, c'est-à-dire qu'entre temps les</i></p>	<p><i>« Des ergothérapeutes libéraux qui peuvent intervenir mais bon, euh du coup, c'est payant, bon c'est un peu, c'est pas remboursé quoi. » 1- 197 à 198</i></p> <p><i>« l'ESA aurait pu euh aussi intervenir » 1- 208</i></p>	<p><i>« SSR gériatrique » 1- 305</i></p> <p><i>« Après tu as les USLD, c'est des unités de soin de longue durée. Euh...en fonction de la récupération de la personne, peut-être, je pense que ça pourrait être intéressant si la personne récupère correctement derrière. » 1- 307 à 309</i></p> <p><i>« Est-ce que l'ergothérapeute en EHPAD ne</i></p>	<p>Lors de cette question de nombreuses hésitations sont présentes. Cela peut signifier que les ergothérapeutes sont peu nombreux à réaliser ce type d'intervention.</p>

	<p><i>patients passent par un SSR donc après il y a une revue avec l'ergo des SSR » 1- 162 à 165</i></p> <p><i>« Voilà mais après c'est vrai qu'une fois que les patients sont sortis au domicile, moi je n'ai pas trop de relai ergo sur qui m'appuyer » 1- 167 à 168</i></p>		<p><i>peut pas avoir un petit créneau, retour à domicile, pour être sûr de, de, de bien préparer le retour de la personne âgée. Pourquoi pas ? » 1- 315 à 317</i></p>	
<p>L'ergothérapie dans le retour à domicile</p>	<p><i>« Je m'aperçois vraiment qu'il y a une population, je pense, qui passe à côté justement d'une prise en charge qui pourrait lui être bénéfique. Je trouve que c'est difficile de, enfin ceux qui sont hospitalisées bon voilà ils peuvent peut-être bénéficier d'une prise en charge ergo mais je pense qu'il y aurait énormément d'autres choses à faire même en termes de prévention, prévention d'entrer dans</i></p>	<p><i>« Occitanie c'est un peu large, je ne sais pas comment tout, dans les autres villes, ils se, ils font mais euh je pense qu'à ***** il y aurait un travail à faire sur ça, sur les retours à domicile et aussi sur le maintien aussi euh au domicile. » 1- 217 à 219</i></p> <p><i>« Parce qui dit retour à domicile, enfin veut dire que les patients, les personnes ont été hospitalisées et euh si elles ont été hospitalisées c'est que le maintien était difficile aussi. Le problème c'est que, je pense, après c'est difficile hein, la</i></p>	<p><i>« Moi, je ne pense pas » 1- 325</i></p> <p><i>« En fait, on travaille tous sur ce retour à domicile, on essaye tout ce qui est transfert des acquis etc. On travaille tous sur ce retour à domicile mais pour moi sur des personnes fragiles vieillissantes, la visite à domicile est presque indispensable, quoi. On ne peut pas se permettre de dire, oh bein, tiens, on va lui mettre une planche de bain parce qu'il a une baignoire. Chaque personne est différente. Donc Il faut aussi enfin s'adapter en</i></p>	<p>La réponse est unanime et montre un réel manque dans ce domaine.</p> <p>Deux ergothérapeutes sur trois annoncent un déficit de prévention de la fragilité car selon elles certaines hospitalisations auraient pu être évité si le maintien à domicile était mieux pris en charge.</p>

	<p>la fragilité pour les gens qui sont à domicile. Ce n'est pas assez représenté. » 1- 171 à 176</p>	<p>réalité fait que euh c'est difficile mais, euh y a pas de euh , les personnes arrivent à l'hôpital c'est déjà trop tard, enfin il est tard. Il leur est rien arrivé, enfin ils se sont fait mal ou euh ou c'est plus possible, l'aidant est épuisé ou et c'est déjà trop tard et je pense qu'une prise en charge plus précoce, pourrait éviter toutes ces hospitalisations et euh et oui pourrait réduire le nombre d'hospitalisation et faire en sorte que la personne reste plus longtemps au domicile. » 1- 221 à 222</p>	<p>fonction de chaque personne euh... je pense qu'on l'apprend assez en cours, c'est que c'est vraiment client centré, quoi. Il faut vraiment adapter la prise en charge, l'accompagnement à la personne. Donc, enfin, ouais je te dis par rapport à moi, j'ai pas l'impression que ce soit assez, assez euh représenté. J'ai d'autres collègues, par exemple qui travaillent dans ce type de ... enfin en gériatrie et qui ont préparé plus ou moins le retour à domicile, pareil que moi, ils ont été bloqués. Y avait pas de visite à domicile possible et du coup, on le travaille de la même façon plus ou moins ce retour à domicile mais c'est pas complet. » 1- 334 à 345</p>	
<p>Remarques diverses</p>		<p>« Beh, je pense que c'est dommage parce que c'est vrai qu'on voit des personnes... donc qui sont hospitalisées et à</p>	<p>« C'est exactement ça, une méconnaissance de la direction, euh... y a ça et dans mon cas aussi c'est euh</p>	

		<p>plusieurs reprises on se fait la réflexion : « mais cette personne on la connaît déjà, elle est déjà venue Il n'y a pas longtemps dans le service ». Donc c'est des personnes qui sont réhospitalisées. Donc euuh si euuh dès la première sortie, la personne aurait eu, plus un suivi et euuh généralement en plus, ils sont réhospitalisés pour les mêmes, les mêmes soucis... Chutes ou maintien à domicile difficile euuh voilà ! Euuh, je pense que d'aller voir la personne dans son environnement euuh sur son environnement à lui, ça pourrait éviter, bon pas pour tout le monde bien sûr, il y a des exceptions hein, mais ça pourrait éviter tant de réhospitalisations. »</p> <p>1- 95 à 103</p>	<p>après malheureusement c'est ça quand la direction, c'est des administratifs, c'est que, tout est argent. Moi, je suis dans le privé donc forcément il faut qu'il y ait un rendement derrière. Malheureusement, il faut, il faut faire rentrer de l'argent, c'est la réalité de la chose malheureusement . » 1- 348 à 352</p>	
--	--	---	---	--

Retour à domicile de la personne âgée fragile : Quelles perspectives pour l'ergothérapeute en Occitanie ?

Introduction : Dans les années à venir, la proportion de personnes âgées fragiles aura tendance à augmenter en Occitanie. La fragilité marque un état d'instabilité favorisant la survenue de dépendance et de perte d'autonomie. Lors d'une sortie d'hospitalisation, le retour à domicile peut être une étape difficile à surmonter pour ces personnes. L'ergothérapeute pourrait alors représenter un professionnel de santé incontournable pour ce type d'intervention. **Objectifs :** Le but de cette recherche est de mettre en évidence que l'ergothérapeute a une place centrale et essentielle dans le retour à domicile des personnes âgées fragiles afin de sécuriser l'environnement et de leur rendre une performance occupationnelle satisfaisante. L'objectif est aussi d'observer la dynamique du territoire d'Occitanie par rapport à la fragilité. **Méthode :** Nous avons menés trois entretiens semi directifs auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes âgées fragiles en Occitanie et réalisant des retours à domicile afin de mieux comprendre leurs interventions dans ce domaine. **Résultats :** Les entretiens ont mis en évidence le fait que les ergothérapeutes ont plusieurs spécificités qui prouvent la nécessité de leur intervention dans la réalisation d'un retour à domicile adapté. Seulement de nombreuses limites sont exprimées lors des entretiens qui empêche les ergothérapeutes de réaliser leurs interventions comme ils le souhaiteraient. **Conclusion :** L'état de fragilité est un état préoccupant pour lequel de nombreuses expérimentations sont en développement dans la région Occitanie. Bien que plusieurs limites soient mises en évidence à l'intervention de l'ergothérapeute, de nouvelles perspectives sont imaginables pour l'ergothérapeute d'Occitanie.

Mots clés : personnes âgées fragiles, retour à domicile, ergothérapie, Occitanie

Return home of the frail old person: What are the perspectives for occupational therapists in Occitania?

Introduction: In the coming years, the proportion of frail old people will tend to increase in Occitania. Fragility is a state of instability that favours the occurrence of dependence and loss of autonomy. When leaving hospital, coming back home may be a difficult stage for these people to overcome. The occupational therapist could then represent an essential health professional for this type of intervention. **Objectives:** This research aims at showing that the occupational therapist has a central and essential role in the return home of frail elderly people in order to make the environment safe and to give them back a satisfactory occupational performance. The objective is also to observe the dynamics of the Occitania region in relation to frailty. **Method:** We conducted three semi-structured interviews with occupational therapists working with frail old people in Occitania and carrying out home visits in order to better understand their interventions in this field. **Results:** The interviews have highlighted the fact that occupational therapists have several specificities that prove their necessity to intervene in the achievement of an adapted return home. However, many limitations were expressed during the interviews. It prevents them from carrying out their work as they would like to. **Conclusion:** Frailty is a worrying condition for which many experiments are being developed in the Occitania region. Although several limits to the intervention of occupational therapists have been highlighted, new perspectives are conceivable for occupational therapists in Occitania.

Keywords: the frail elderly, return home, occupational therapy, Occitania