

## MEMOIRE DE FIN D'ETUDES D'ERGOTHERAPIE

« L'accès aux soins d'ergothérapie en zone rurale française à destination des personnes âgées vivant à domicile : le rôle de l'ergothérapeute au sein d'équipe mobile de gériatrie et dans la mise en place de télé-ergothérapie pour favoriser le maintien à domicile »

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de l'obtention de l'UE 6.5 (S6) en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Directeur mémoire : Frédéric ANDRE

**Julie MOUYSSAC**

**Mai 2023**

Promotion 2020 – 2023

## Engagement et autorisation

Je soussignée Julie MOUYSSAC, étudiante 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.

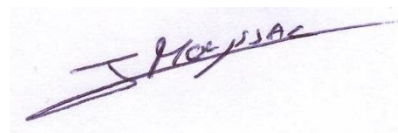
L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

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 : 09 mai 2023

Signature de la candidate :

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Julie Mouyssac', written over a light-colored rectangular background.

## **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 Boterf, 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 toutes les personnes ayant participé à la création de ce mémoire pour leur temps précieux et pour leur accompagnement sans failles.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire Frédéric ANDRE pour ses conseils avisés et formateurs. Je lui en suis très reconnaissante.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse qui m'a permis de découvrir un métier fantastique et profondément humain. Je me permets de remercier tout particulièrement Clémence CHASSAN-MENON pour son écoute et pour sa compréhension lors de nos entretiens semestriels.

Merci également aux quatre ergothérapeutes qui ont bien voulu participer à l'élaboration de cet écrit et qui m'ont permis de confronter mes impressions et mes recherches à des aspects pratiques de terrain.

Merci aux ergothérapeutes et aux autres professionnels qui m'ont accueilli en stage durant ces trois ans, qui m'ont encouragé, qui m'ont inculqué leurs savoirs et qui m'ont permis de me projeter dans ma future pratique professionnelle. J'espère pouvoir continuer à tisser des liens forts avec vous.

Merci à ma promotion pour ces trois années de partage, de doute mais surtout de bonheur. J'en garderai des souvenirs profondément émouvants. Merci tout particulièrement à Prunelle pour m'avoir mis du baume au cœur, et à Lysie qui avec sa joie de vivre contagieuse restera à jamais la meilleure de toutes les colocataires. Merci de m'avoir accueilli dans votre vie.

Et pour finir, merci profondément à mon entourage pour leur soutien quotidien. Plus précisément merci à ma mère, mon père, et ma grand-mère de m'avoir accompagné depuis toujours dans ma scolarité, de m'avoir permis d'expérimenter, de faire fausse route, pour pouvoir au final trouver un métier qui me fasse sourire chaque matin. Merci également à mon compagnon qui ne fait qu'un avec moi dans mes peines et dans mes joies.

# ----- SOMMAIRE -----

## **GLOSSAIRE**

### **INTRODUCTION .....1**

### **APPORTS THEORIQUES ..... 2**

1. Accès aux soins et inégalité environnementale..... 2
  - 1.1. La notion d'accès aux soins..... 2
  - 1.2. L'importance de l'environnement..... 3
  - 1.3. Etat des lieux démographique de l'ergothérapie..... 5
2. Les personnes âgées : public cible d'interventions..... 7
  - 2.1. Le processus de vieillissement..... 7
  - 2.2. Notion de fragilité..... 8
  - 2.3. Environnement de vie des personnes âgées et intérêt du maintien à domicile..... 9
  - 2.4. L'ergothérapie auprès des personnes âgées..... 10
3. Interventions pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées..... 12
  - 3.1. Intérêts des équipes mobiles en gériatrie..... 12
  - 3.2. Intérêts de la téléconsultation en ergothérapie..... 15

### **QUESTION DE RECHERCHE..... 19**

1. Problématique..... 19
2. Hypothèse de recherche..... 19

### **PHASE EXPERIMENTALE..... 19**

1. Choix et élaboration de la méthode expérimentale..... 19
2. Procédure de passation des entretiens..... 20
3. Outils d'analyse des données récoltées..... 21

### **ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS..... 21**

1. Présentation des répondants..... 22
2. Résultats des logiciels d'analyse de texte..... 23
3. Analyse croisée des entretiens..... 23
  - 3.1. Vivre et se soigner en zone rurale..... 23

3.2. Vieillir chez soi.....	25
3.3. Interventions ergothérapeutiques auprès des aînés domiciliés en ruralité.....	27
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>31</b>
1. Comparaison de la pratique et de la théorie.....	32
1.1. L’accessibilité aux soins en zone rurale.....	32
1.2. Le vieillissement et le maintien au domicile.....	32
1.3. Les interventions ergothérapeutiques.....	33
2. Validation des hypothèses.....	36
3. Apports personnels et professionnels.....	37
4. Limites et biais rencontrés durant l’étude.....	37
5. Ouverture – Autres interventions favorisant l’accès aux soins d’ergothérapie.....	38
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>40</b>

## **ANNEXES**

## ----- GLOSSAIRE -----

**ADERE** : Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

**ADL** : Activities of Daily Living

**AFEG** : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**AOTA** : American Occupational Therapy Association

**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie

**APL** : Accessibilité Potentielle Localisée

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASALEE** : Action de Santé Libérale En Equipe

**ASG** : Assistant de Soins en Gériatrie

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

**CLIC** : Centre Local d'Informations et de Coordination

**CMS** : Centres Médico-Sociaux

**CO-OP** : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

**COTID** : Community Occupational Therapy In Dementia

**CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique

**DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DMLA** : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

**DU** : Diplôme Universitaire

**DUERP** : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EM** : Equipe Mobile

**EMG** : Equipe Mobile de Gériatrie

**EQLAAT** : Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques

**EQUILIBRE** : EQUIpes Infirmières LIBres Responsables et Solidaires

**ESA** : Equipe Spécialisée Alzheimer

**GIR** : Groupe Iso Ressources

**HAD** : Hospitalisation A Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IADL** : Instrumental Activities of Daily Living

**IDEC** : Infirmier Diplômé D'Etat Coordinateur

**IFE** : Institut de Formation en Ergothérapie

**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et des soins dans le champ de l'Autonomie

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**MCRO** : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MMSE** : Mini-Mental State Examination

**MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**OEQ** : Ordre des Ergothérapeutes du Québec

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OTIPM** : Occupational Therapy Intervention Process Model

**PCPE** : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

**PEOP** : Personne Environnement Occupation Performance

**PRAP** : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

**RAD** : Retour A Domicile

**RAI** : Resident Assessment Instrument

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SFSD** : Société Française de Santé Digitale

**SLA** : Sclérose Latérale Amyotrophique

**SOLIHA** : SOLIdaire pour l'HABitat

**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile

**SSR** : Soins de Suite et Réadaptation

**SYNFEL** : SYNdicat Français des Ergothérapeutes Libéraux

**UEG** : Unité d'Evaluation Gérontologique

**USLD** : Unités de Soins de Longue Durée

**VAD** : Visite A Domicile

**WFOT** : World Federation of Occupational Therapists



## ----- INTRODUCTION -----

Au sein de nos sociétés actuelles, la santé est un droit fondamental pour tout individu. En France, les politiques de santé régissent le domaine sanitaire et prônent le développement d'un accès aux soins partagé et équitable pour toute la population. Pour résumer, « l'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit » (HAS, 2014). Toutefois, en réalité il existe de nombreuses problématiques qui rendent impossible un accès aux soins efficace.

Nous ne nous en rendons pas forcément compte mais ceci nous impacte au quotidien. Personnellement j'ai toujours été confrontée à cette chimère. En effet, je suis née dans le département rural de l'Ariège, dans une des rares maternités du département, au sein d'un hôpital éloigné du domicile familial et demandant d'avoir un véhicule personnel pour pouvoir s'y rendre faute de transport en commun. Ainsi, dès ma naissance j'ai été impactée par l'offre des soins disponible dans mon environnement proche, et de ce fait aux difficultés d'accès aux soins. Bien évidemment, j'en souffre encore aujourd'hui en tant qu'individu mais également en tant que future professionnelle de santé. En effet, j'ai souhaité effectuer la majorité des stages de mon cursus scolaire dans ce même département dans le but de connaître la prise en charge accessible sur ce territoire en ergothérapie, et par la suite pouvoir proposer une fois en poste un accompagnement plus juste pour les personnes en ayant le besoin. Durant ces stages, j'ai par exemple été confrontée à des personnes qui n'avaient pas la possibilité de se faire soigner sur place pour tous leurs maux, et qui devaient se rendre dans des grandes villes de départements voisins pour trouver une solution à leurs problématiques. Il se trouve que j'ai préférentiellement rencontré des personnes âgées durant ces temps de pratique, et j'ai pu me rendre compte qu'elles avaient souvent des difficultés à retourner et à se maintenir à leur domicile en raison du faible nombre de soignants pouvant les y prendre en charge. Or, en ergothérapie nous devons tenir compte de cette observation pour planifier nos accompagnements futurs, du fait d'une augmentation constante du public des personnes âgées en France (cette part représentait 13.4 millions d'individus en 2019 selon l'INSEE).

Le but de ce mémoire est donc de pouvoir proposer des pistes d'amélioration pour favoriser l'accès en ergothérapie auprès des personnes âgées vivant au domicile en ruralité. Plus précisément pour ce travail nous avons décidé de nous pencher sur les interventions suivantes : les équipes mobiles de gériatrie et la télé-ergothérapie.

Pour mener ce projet, nous avons organisé cet écrit selon une trame bien précise. Tout d'abord dans une partie théorique, nous aborderons l'importance de l'accès aux soins en zone rurale, puis nous analyserons les caractéristiques nécessaires à un maintien à domicile réussi

chez une personne âgée, et pour finir nous décrypterons l'impact des interventions des équipes mobiles de gériatrie et de la télé-ergothérapie dans la prise en charge ergothérapique. Cette partie théorique réalisée, nous pourrons en faire émerger une question de recherche et des hypothèses. Afin de répondre à ces interrogations nous décrirons notre démarche dans une partie méthodologique, une partie analyse des résultats et une partie discussion. Pour finaliser ce travail, une conclusion permettra de répondre officiellement à nos interrogations.

## ----- APPORTS THEORIQUES -----

### **1. Accès aux soins et inégalité environnementale**

#### **1.1. La notion d'accès aux soins**

##### **1.1.1. Définition de l'accès aux soins**

Le concept de santé a traversé les époques et a évolué au regard des contraintes et des avancées de chaque ère. Depuis la seconde guerre mondiale, c'est la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui prédomine internationalement. En effet, dans sa constitution datant de 1946, la santé y est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1985). De ce fait, la notion de santé renvoie à la fois à une question individuelle, mais également à une prise en charge collective, via notamment des lois encadrant les droits et les devoirs en matière de santé. Ainsi, toujours selon la constitution de l'OMS (1985) tout être humain quel qu'il soit a fondamentalement le droit d'être en bonne santé.

Concernant plus spécifiquement la notion d'accès au soin, elle se base sur cette citation précédente. En effet, l'accès à la santé, et de ce fait à des soins réguliers ou ponctuels, est assimilable à un droit inaliénable. Cette notion d'accessibilité à la santé est primordiale et se définit via plusieurs critères. Ainsi, « l'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit » selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2014). L'OMS (2022b) complète les caractéristiques en précisant que « le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable ». Les dimensions de l'accès aux soins évoquées dans ces citations sont résumées par trois critères selon Chambaud (2018) : l'accessibilité financière, l'accessibilité physique, et l'acceptabilité.

##### **1.1.2. Contexte mondial et français**

La question de l'accessibilité aux soins est une préoccupation centrale en France mais également dans de nombreux autres pays (Chambaud, 2018) et nécessite une approche

holistique pour en comprendre toutes les caractéristiques. En effet, elle a un impact sur plusieurs niveaux (du macro au micro<sup>1</sup>) : par exemple au niveau mondial, à l'échelle d'un rassemblement de pays comme l'Europe, au niveau d'un pays, au niveau d'un département et au niveau individuel. Il faut travailler sur chacun de ces niveaux pour favoriser l'accès aux soins.

En France, la question de l'accès aux soins fait partie du quotidien et reflète les préoccupations de la société. Ainsi, elle fait l'objet des nombreux débats car elle est présentée généralement de manière dichotomique : soit comme une prouesse reflétant l'égalité du système de santé, soit comme une action injuste qui laisse persister des trop grandes inégalités (Chambaud, 2018). Toutefois, malgré la mise en garde de cette dualité la notion d'accès au soin, si elle est réalisable, permet la mise en place de cercle vertueux. Par exemple, d'après Sounda (2018) étudiant cette notion au Gabon, le concept d'accès aux soins est une des bases permettant le progrès social, notamment car si les travailleurs sont en bonne santé ils sont plus productifs pour les entreprises. De plus, d'un point de vue sociétal, il y a un recul de la pauvreté et une amélioration de la qualité de vie.

## **1.2. L'importance de l'environnement**

### **1.2.1. Les déserts médicaux et la répartition des professionnels de santé**

L'environnement va de pair avec l'accessibilité des soins. En effet, d'après Vergier, Chaput et Lefebvre-Hoang (2017), les notions d'accès aux soins, de répartition territoriale des soignants et de désert médical sont fortement imbriquées, et il est parfois difficile de les définir (la première notion englobe les suivantes). De plus, ils précisent que concernant spécifiquement les déserts médicaux c'est l'expression la plus médiatisée, mais celle qui a le moins de sens. En effet pour eux, via l'utilisation du mot « désert », cela signifie qu'il y a une référence à un territoire géographiquement délimité, mais il est difficile de poser un indicateur actant à partir de quand on définit qu'un territoire est un désert médical (manque d'une profession en particulier ? difficulté d'accès des spécialistes ? éloignement des structures de soin ? trop de délai car trop de demandes ? etc.).

Toutefois, les déterminants au maintien et à l'installation des professionnels de santé sur un territoire sont variés (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021) : possibilité d'aides à l'installation renforçant l'attractivité des territoires, proposition d'assurance maladie, etc. Selon Hassenteufel, Schweyer, Gerlinger et Reiter (2020) la France prend à cœur les disparités liées aux déserts médicaux « with the establishment of new local actors (ARS and territorial governments) contributing to the territorialisation of primary care » (avec la mise en place de

---

<sup>1</sup> Macroscopique / Microscopique

nouveaux acteurs locaux (ARS et collectivités territoriales) contribuant à la territorialisation des soins primaires [Traduction de l'auteur]). Les Agence Régionale de Santé (ARS) ont un rôle majeur car ce sont elles qui découpent la France en « territoire de vie-santé », puis utilisent l'indicateur APL (Accessibilité Potentielle Localisée) afin de déterminer les zones sous-denses en professionnels de santé afin de débloquer des plans d'aides spécifiques (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021).

### **1.2.2. Définition de la ruralité**

La ruralité est également une notion en constante évolution. Jusqu'en 2020, selon D'Alessandro et ses collaborateurs (2021), les zones rurales sont catégorisées comme étant des espaces de faible densité, mais également « comme l'ensemble des communes n'appartenant pas à une unité urbaine qui est caractérisée par le regroupement de plus de 2 000 habitants dans un espace présentant une certaine continuité du bâti ». Toutefois, cette définition ne met pas assez l'accent sur la fonctionnalité de ces zones car, par exemple, elle ne tient pas compte de si cette zone est soumise à un pôle d'emploi important. Ainsi, en prenant en compte ce dernier paramètre il apparaît qu'il existe en réalité quatre types de territoires ruraux (en fonction du degré de densité de la commune et du degré d'influence d'un pôle) qui représentent « 88 % des communes en France et 33 % de la population en 2017 ». Par ailleurs, Nelson et ses collaborateurs (2021) précisent la notion de migration qu'il peut y avoir au sein de ces quatre types de territoires. Ils précisent qu'il y a eu une baisse des populations rurales « resulting from limited job opportunities and modern conveniences in some rural communities ». L'importance des migrations vers les villes met en lumière les limites qu'il peut y avoir à vivre en ruralité. Douthit, Kiv, Dwolatzky et Biswas (2015) déplorent ainsi le fait que « the needs of rural communities must be better represented at state and national levels » et ce afin de proposer aux individus ruraux une meilleure équité dans tous les domaines.

### **1.2.3. L'accès aux soins dans un désert médical en zone rurale**

En France, l'accès aux soins est insuffisant sur certains territoires, notamment dans les zones rurales. En effet, la prise en charge des patients est bien différente en ville et à la campagne (MSHLorraine, 2014 ; Kivits et Voléry, 2015). Par exemple en zone rurale les personnes sont généralement moins isolées socialement (plus grande solidarité des populations), mais plus isolées géographiquement (problème de mobilité, distance importante...), ce qui amène à de la marginalisation. Par exemple, les personnes vivant en campagne sont confrontées à des soignants ne se déplaçant plus à domicile (déplacements longs, coûteux en temps...). Les patients sont donc dans l'obligation de se déplacer par leurs propres moyens, quitte à devoir se

faire conduire ce qui cause une perte d'intimité. De plus, en ruralité l'avenir est incertain : difficultés de remplacement des professionnels, obligation de se déplacer loin pour se faire soigner, perte du lien de confiance, moins bonnes connaissances des aides potentielles...

Bien que les inégalités de santé en France ne soient pas uniquement dues aux difficultés d'accès aux soins, il est toutefois primordial d'analyser les limites des programmes proposés actuellement afin d'améliorer l'offre (Chambaud, 2018). Ainsi, selon Douthit, Kiv, Dwolatzky et Biswas (2015) il est nécessaire de mettre en place un plan réformant les services de santé en ruralité afin de « promote recruitment, training and career development of rural health care professionals, increase comprehensive health insurance coverage and engage rural residents and healthcare providers in health promotion ».

### **1.3. Etat des lieux démographique de l'ergothérapie**

#### **1.3.1. L'ergothérapeute : spécialiste de l'environnement**

L'ergothérapie est une profession paramédicale qui vise à maintenir l'autonomie du patient dans ses occupations. Selon Monjeot (2020) « les occupations sont définies par l'American Occupational Therapy Association (AOTA) en 2014 comme étant « divers types d'activités de la vie dans lesquelles les personnes, les groupes ou les populations s'engagent. ». Toutes ses occupations sont favorisées ou limitées par les environnements dans lesquels interagit l'individu. Ainsi, pour les ergothérapeutes l'analyse de l'environnement est un point clé (Blomqvist, 2016) car l'« environment often is “the critical dimension that either supports or interferes with an individual's occupation ». En effet, l'ergothérapeute va avoir une analyse holistique de la personne en situation de handicap, ce qui inclut l'environnement (matériel, social, culturel, humain...) dans lequel elle évolue (Monjeot, 2020). Pour bien mener cet accompagnement (Morel-Bracq, 2017) les ergothérapeutes s'appuient sur plusieurs modèles généraux en ergothérapie comme le PEOP (Personne Environnement Occupation Performance), ou encore le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine). Tous ces modèles prennent en compte l'analyse de l'environnement du sujet : par exemple pour le PEOP il « est vu comme une collection de déterminants de la performance occupationnelle et est toujours considéré comme extérieur à la personne et à l'occupation » et pour le MOH il « offre à la personne des opportunités, des ressources ainsi que des demandes, des exigences et des contraintes, qui influencent sa participation ».

#### **1.3.2. Etat des lieux en France**

A l'heure actuelle, le nombre d'ergothérapeute ne cesse de croître en France. En effet, en 2014 environ 9750 personnes étaient recensées contre 14548 professionnels en 2021, dont

87% sont des femmes (ANFE, 2014 ; ANFE, 2021). C'est donc une jeune profession paramédicale en plein essor. Ceci s'explique notamment par le fait que le déploiement de ce métier dans les champs sanitaire et médico-social est souhaité par les nouvelles politiques en matière de santé (Ministère de la Santé et des Sports, 2008). Toutefois, le déploiement des ergothérapeutes sur le territoire reste minime par rapport aux autres professions paramédicales. En effet, en 2013 la densité d'infirmiers pour 100000 habitants était de 914, contre 119 pour les masseurs-kinésithérapeutes et encore bien derrière les ergothérapeutes avec seulement une densité de 13 (ANFE, 2017). De plus, leur répartition est inégale sur le territoire français. En 2015, par exemple, le nombre d'ergothérapeutes moyen était de 396 par région, mais 10 régions seulement correspondent au 2/3 des effectifs actifs, et il peut également y avoir d'importantes disparités entre les départements d'une région (ANFE, 2014). L'offre de soins de ces professionnels n'est donc pas accessible équitablement pour tous les potentiels bénéficiaires.

### **1.3.3. La pratique de l'ergothérapie en milieu rural**

D'après Roots, Brown, Bainbridge et Li (2014) « while geography is only one of many factors that contribute to health inequities, access to healthcare services has been cited as disproportionaely poorer for rural residents » (bien que la géographie ne soit qu'un des nombreux facteurs qui contribuent aux inégalités en matière de santé, l'accès aux services de soins de santé a été cité comme étant disproportionnellement plus faible pour les résidents ruraux [Traduction de l'auteur]). L'accès aux soins d'ergothérapie n'échappe pas à cette analyse, et il faut se demander comment les ergothérapeutes ruraux ont adaptés leur pratique à ce milieu.

Ainsi, d'après Sisson (2012) les ergothérapeutes travaillant en zone rurale et éloignée des commodités doivent être capables de proposer une gamme de services plus variée à leurs nombreux patients. En effet, les thérapeutes travaillant en ruralité doivent faire preuve d'adaptation et développer des compétences dans un plus grand nombre de domaines (Pidgeon, 2015). Ainsi d'après Matichuk, Boniface et Smith (2016) la pratique rurale offre de nombreux défis et avantages : difficulté de comprendre tous les déterminants de la santé (rôle stimulant de généraliste au sein d'équipes interdisciplinaires) / ressources limitées (peu de prestataires en aides techniques, de spécialistes et d'équipes mobiles) / difficulté d'attractivité des régions rurales pour maintenir les postes (intérêt proposer des stages en ruralité aux étudiants pour renouveler les postes) / etc. Pidgeon (2015) précise également que « therapists also reported the increased use of technology to supplement and support remote practice », comme par exemple des téléconsultations à distance.

De plus, d'après McAuliffe et Barnett (2009) pour augmenter le nombre d'ergothérapeutes en ruralité des stratégies sont faites dès la formation via « favoured university

enrolment of rural students, scholarships, financial incentives to undertake rural placement, community involvement, recruitment of overseas health professionals, rural bursaries, rural student clubs, and an expansion of the undergraduate rural health curriculum » (l'inscription privilégiée d'étudiants ruraux dans les universités, des bourses d'étude, des incitations financières à faire des stages en milieu rural, l'implication de la communauté, le recrutement de professionnels de la santé à l'étranger, des bourses rurales, des clubs d'étudiants ruraux et un élargissement du programme de santé rurale de premier cycle [Traduction de l'auteur]).

Tout individu a des droits sur sa santé et l'accès aux soins en fait partie. Cet accès aux soins est porté par de nombreuses lois gouvernementales, mais à ce jour il est insuffisant. L'environnement est un déterminant majeur de la vie des individus, et il faut l'analyser pour en faire émerger les limites et les facilitateurs. L'ergothérapie est une profession paramédicale avec une approche holistique qui se développe sur le territoire français, mais dont les professionnels ne sont pas équitablement répartis, ce qui entraîne des inégalités d'accès aux soins d'ergothérapie notamment en zone rurale.

## **2. Les personnes âgées : public cible d'interventions**

### **2.1. Le processus de vieillissement**

#### **2.1.1. Définition du vieillissement**

Le vieillissement peut être défini comme « un processus continu et progressif d'altération naturelle » (Stefanacci, 2022) et résultant « de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps » (OMS, 2022a). Le vieillissement n'est pas forcément pathologique en soi mais il se caractérise indéniablement par une perte progressive des capacités physique et mentale, puis une augmentation des risques de maladies amenant finalement au décès (OMS, 2022a). Ainsi, le vieillissement semble être corrélé avec l'avancée en âge, mais à partir de quand est-on âgé ? Selon l'OMS (2022a), une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans. Toutefois, chaque personne vieillit différemment et entretient un rapport unique avec la vieillesse. En effet, selon Stefanacci (2022) la définition du vieillissement est différente si nous la regardons au regard de l'âge chronologique (âge réel), de l'âge biologique (âge pathologique) ou de l'âge psychologique (âge ressenti). Ainsi, même si les étapes du vieillissement général sont à ce jour bien connues, chaque personne vieillit de façon unique. Une vision systémique de l'individu est donc requise. L'OMS (2022a) alerte ainsi sur l'importance de mener des actions en santé publique tenant compte de cette diversité d'expériences et de besoins. Toutefois, généralement cette population est analysée au regard de deux spécialités : la gériatrie et la gérontologie. La première a un champ d'action plus étendu

et représente l'analyse globale du processus de vieillissement, alors que la seconde est une spécialité médicale portant sur la santé des personnes âgées (Stefanacci, 2022). La gérontologie est donc à prioriser pour un bon accompagnement.

### **2.1.2. Contexte épidémiologique**

Selon INSEE (2019) 20% de la population française a plus de 65 ans, ce qui représente 13.4 millions d'individus. Cet article précise également que les femmes ont également une plus grande longévité et qu'elles représentent 57% des séniors et ce pourcentage augmente avec l'avancée en âge. Ainsi, au moins 1/5 des français doivent être accompagnés dans leur vieillissement, afin que ce dernier se déroule au mieux (prise en charge médicale plus riche, connaissance des facteurs de risque du vieillissement...). Tous ces facteurs multidimensionnels ont un impact chaque année sur l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, en France en 2021 elle est de 79.3 ans pour les hommes et de 85.4 ans pour les femmes (INSEE, 2022). Par ailleurs, comme elle ne cesse d'augmenter cela signifie que de plus en plus d'aînés vont probablement vivre plus longtemps et donc que l'accompagnement de ces seniors va être prolongé. De plus, l'OMS (2022a) fait le constat que la proportion de personne âgée ne cesse d'augmenter au niveau français mais également mondial car une personne sur six en 2030 aura au moins 60 ans. Ainsi, selon cette organisation, tous les pays doivent dès maintenant prévoir des plans d'actions dans le secteur médico-social en tenant compte de cette modification démographique.

## **2.2. Notion de fragilité**

### **2.2.1. La personne âgée fragile**

L'espérance de vie augmente mais l'espérance de vie sans incapacité augmente également (INSEE, 2022). Par exemple, cette espérance pour les femmes était de 64.2 ans en 2004 et de 67 ans en 2021. La différence d'années existant entre l'espérance de vie à la naissance et celle sans incapacité montre que nous vivons plus vieux et plus longtemps en bonne santé, mais qu'à partir d'un certain temps nous avons plus de probabilité de développer des maladies. Toutefois, il est possible d'agir en amont de la cristallisation des problématiques. En effet, les professionnels doivent s'intéresser au concept de fragilité. Les définitions de ce dernier sont variées mais selon Trouvé (2009) il peut être expliqué comme étant un vieillissement transitoire entre les vieillissements usuel et pathologique. De plus, « le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution » (HAS, 2013). Ainsi, une personne âgée fragile développera souvent des incapacités et des restrictions dans ses activités, ce qui amènera progressivement à une perte d'autonomie et à une dépendance.



### **2.2.2. Caractéristiques et prise en charge de la fragilité**

L'évaluation gériatrique analyse et dépiste l'état de fragilité des aînés, afin de proposer une prise en charge aux sujets à risques (Trouvé, 2009). Ce dépistage doit être précoce afin d'identifier et d'agir rapidement sur les déterminants qui amènent à la mise en place d'une dépendance (HAS, 2013). Ce dépistage permet ainsi de se projeter dans l'avenir de la personne âgée et de prédire de nombreux événements défavorables (décès, chute, institutionnalisation...) pouvant survenir dans les trois prochaines années. A ce jour il n'existe pas une seule modalité de prise en charge mais il est important d'avoir une vision globale du public âgé (polymédication, polypathologie, environnement de vie inadapté, entourage défaillant...). Les professionnels travaillant auprès de cette population se doivent de tenir compte de ces multiples facteurs et d'agir en cohésion afin de proposer des prises en charge individualisées et des plans d'aides cohérents. Par exemple, (INSEE, 2019) l'équipe de soin va réaliser un groupe iso-ressources (GIR), ce qui va donner droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et permettre une prise en charge des zones de fragilité et engendrant une dépendance évitable.

## **2.3. Environnement de vie des personnes âgées et intérêt du maintien à domicile**

### **2.3.1. Variété des lieux de vie**

Les personnes âgées résident dans une variété de lieux de vie, et ils ont chacun leurs avantages et leurs limites au fur et à mesure de l'avancée en âge. En effet, les logements sont le reflet d'une grande diversité : de types (maison, appartement...), de localisations (ville, campagne), de constructions (maison à étage...), d'appartenance (propriétaire, locataire), de partage (vivre seul, en couple, en collectivité) et de surveillance (présence médicale ...). Ainsi, (Trouvé, 2009) en continuant à avoir une vision holistique de la situation, l'environnement de vie de la personne âgée doit être analysé afin de proposer les aides adaptées (financières, hospitalisation à domicile (HAD)...). A ce jour, (INSEE, 2019) la vie au domicile reste majoritaire chez les aînés (plus de 90% chez les deux sexes), mais plus l'âge augmente, plus les personnes vivent seules à domicile (veuvage), notamment les femmes. Avec l'avancée en âge il y a également apparition d'une perte des capacités et de l'autonomie, ce qui mène à une augmentation des admissions en institution. Ainsi, en 2015 en France, même si ce type d'hébergement est minoritaire, l'âge moyen d'entrée en institution est de 85 ans et 2 mois. Pour éviter l'institutionnalisation, il est important de modifier l'environnement pour retarder l'arrivée de la dépendance. Par exemple, selon Trouvé (2009), même si le confort au sein des habitations est une priorité actuellement, il existe encore beaucoup de logements inadaptés au processus de vieillissement (l'habitat ne suit pas les modifications des capacités). L'aménagement du domicile est donc à prioriser pour maintenir les activités des aînés. Cet

aménagement peut même être facilité notamment par le fait que 59% d'entre eux sont propriétaires de leur logement (Sueur, 2015).

### **2.3.2. L'importance du maintien à domicile**

Selon Trouvé (2009) le domicile peut être défini comme étant le lieu principal de vie d'une personne en dehors des lieux de vie médicalisés (EHPAD...). Par ailleurs, Bresson (2015) définit le maintien à domicile comme étant un ensemble d'actions visant à ce qu'une personne âgée fragile puisse continuer à se loger décemment sous son propre toit. De plus, selon cette auteure, en France l'entrée en institution est retardée et le maintien au domicile des aînés est recherché car il apporte des bénéfices humains et financiers. C'est une décision compréhensible et partagée par bon nombre d'aînés. En effet, on observe que généralement les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur domicile. Il n'est ainsi pas rare que certaines n'évoquent pas ouvertement leurs difficultés quotidiennes de peur d'aller en maison de retraite ou en EHPAD (MSHLorraine, 2014). Ainsi, le maintien à domicile est un choix qui peut être bénéfique pour la personne et son entourage mais il existe de nombreux prérequis à prendre en compte pour éviter des mises en danger et des accidents pouvant amener à des hospitalisations en urgence (adaptation du logement aux capacités de la personne âgée, localisation du logement qui amène à un arrêt des activités significatives et augmente le risque d'isolement...). Les aînés et leurs familles doivent ainsi être conseillés et accompagnés dans les démarches permettant un maintien à domicile sécuritaire.

## **2.4. L'ergothérapie auprès des personnes âgées**

### **2.4.1. Contexte et historique**

Le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter au niveau mondial, et ces personnes vivent plus âgées et plus longtemps sans incapacité. En tant qu'ergothérapeute nous sommes donc amenés à prendre en charge cette part grandissante d'individus. Ainsi, selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en 2014 environ 82% des ergothérapeutes travaillent auprès des personnes âgées, ce qui en fait le public le plus rencontré par la profession. Toutefois, l'ergothérapie en gériatrie est une spécialité à part entière, ce qui nécessite de la part des professionnels des savoir-faire et des savoir-être propres à cette patientèle. L'ergothérapeute peut ainsi exercer ses compétences auprès des personnes âgées au sein de diverses structures plus ou moins spécialisées dans la prise en charge des aînés : Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), HAD, Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA), Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) EHPAD, cabinet libéral... (Villaumé, 2019)

## 2.4.2. Interventions auprès de cette population

Villaumé (2019) dans son ouvrage rappelle les fondements de l'ergothérapie en gériatrie, en insistant sur le fait que l'ergothérapie est une profession paramédicale qui peut intervenir avec des approches variées et complémentaires, notamment à titre préventif, rééducatif, réadaptatif ou à visée de réinsertion. Par exemple, pour illustrer ces quatre concepts nous pouvons prendre l'exemple d'une personne âgée prise en charge en ergothérapie pour une prévention d'escarres, pour une rééducation de l'équilibre en utilisant des moyens de compensation comme les aides de marche, et tout cela afin qu'elle puisse au final se réinsérer dans les groupes associatifs de sa ville qui lui tiennent à cœur. Au final, l'ergothérapeute s'appuie sur une vision multidimensionnelle pour prendre en charge les aînés, car il va à la fois regarder l'individu (limites, capacités, envies...), l'environnement (analyse et aménagement de ce dernier) et les activités que l'individu entreprend (celles maintenues, celles abandonnées...). Par ailleurs, selon Trouvé (2009) « les restrictions d'activités de la vie quotidienne précèdent et accompagnent la fragilité d'une personne âgée », donc le professionnel doit agir tout particulièrement sur ce dernier point auprès de ce public. Cette affirmation est confirmée par l'étude de Muldoon (2017) qui a évalué le rôle de l'ergothérapeute dans la réduction des admissions hospitalières et le maintien à domicile des aînés en situation de fragilité, et qui conclue que « the role of the Occupational Therapist has been evaluated, demonstrating a commitment to effectively meeting the needs of older people with frailty and promoting independent living ». En somme, l'ergothérapeute dans sa pratique vise à ce que la personne âgée reste autonome et maintienne ses activités significatives quotidiennes en toute sécurité, et pour cela il va l'accompagner dans la restauration de ses capacités et habiletés, tout en tenant compte des maladies liées au vieillissement (AFEG, s.d. ; Villaumé, 2019).

Le processus du vieillissement est d'une grande complexité, ce qui demande une approche globale de chaque situation. De plus, il y a une augmentation mondiale du nombre de personnes âgées, ce qui nécessite un rafraîchissement des programmes d'accompagnement. Le vieillissement est individuel et amène à une restriction des capacités et des activités, notamment chez les personnes les plus fragiles. Par ailleurs, la prise en charge des aînés doit tenir compte des lieux de vie de ces derniers qui favorisent ou limitent leur autonomie. L'ergothérapeute a un rôle majeur auprès de cette population grâce à sa vision holistique.

### **3. Interventions pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées**

#### **3.1. Intérêts des équipes mobiles en gériatrie**

##### **3.1.1. Définition de l'équipe mobile**

Selon Anaëlle Peron (2018) les équipes mobiles (EM) sont des dispositifs sanitaires rattachés à des structures de soins et qui disposent d'une vision transversale. Ces équipes ont l'avantage d'être pluridisciplinaires (médecin, ergothérapeute, assistante sociale...), ce qui permet dans l'analyse d'une même situation d'avoir l'apport de visions complémentaires (approche holistique d'un cas clinique). Elle précise également que les interventions portées sont réalisées uniquement sur un territoire défini antérieurement.

D'après la plaquette d'information des équipes mobiles réadaptation/réinsertion d'Ile-de-France (2017), les EM sont appelées pour trois mesures spécifiques : « pour une évaluation globale de la situation au domicile, pour un accompagnement lors du retour sur le lieu de vie en sortie d'hospitalisation, pour un conseil, une orientation ». Les équipes interviennent donc en intrahospitalier et en extrahospitalier, ce qui permet de favoriser le maillage des acteurs prenant en charge le patient. L'intervention effectuée permet d'évaluer les besoins du patient et de ses proches, afin de faire des préconisations pour accompagner leur projet de vie. L'EM a plusieurs objectifs : permettre le maintien à domicile en tenant compte des situations de handicap / jouer un rôle de coordinateur entre les différents secteurs prenant en charge la personne / harmoniser le lien entre les professionnels hospitalier et extrahospitalier / diriger les personnes non connues des services vers des ressources spécialisées. Toutefois, cette plaquette précise également que les EM remplissent diverses missions d'évaluation, de préconisation et d'orientation, mais que les professionnels de ce dispositif n'ont pas pour vocation de dispenser des soins. Les EM coordonnent la prise en charge du patient mais ne permettent pas un suivi de ce dernier (c'est un dispositif de relais).

En ce qui concerne le choix de la population cible des EM, l'âge des patients pris en charge est défini par l'équipe, et les limitations (motrices, cognitives...) de ces patients correspondent généralement à la patientèle accueillie dans la structure à l'initiative de la création de l'équipe mobile (Peron, 2018).

##### **3.1.2. Le rôle des équipes mobiles de gériatrie**

Il existe des EM qui sont spécialisées dans l'accompagnement du vieillissement de la population française ; ce sont les équipes mobiles de gériatrie (EMG). Comme pour les autres EM, ce sont des équipes pluridisciplinaires intervenant en intra et extrahospitalier sur demande des services, et qui ont pour but la mise en place d'un accompagnement global de la personne âgée en situation de fragilité (Maillage94, 2018). Cette équipe comprend au minimum un

médecin, une assistante sociale, une infirmière d'évaluation et de prévention et une secrétaire, mais elle peut être dotée également d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'un psychologue (Couturier et al., 2008). Concernant leur création, elles dépendent de l'Assurance maladie et des ARS car ce sont des programmes publics. De ce fait, les actes prodigués sont gratuits pour les bénéficiaires (Maillage94, 2018), ce qui permet de favoriser une meilleure accessibilité aux patients en ayant besoin.

D'après le rapport de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées, en 2020 il y avait une EMG dans 355 structures sanitaires, mais seulement 164 de ces établissements proposaient des accompagnements extrahospitaliers (représentant pour eux uniquement 15% des prises en charges totales). Ce pourcentage risque d'augmenter dans les années à venir car le gouvernement souhaite favoriser l'extrahospitalier (intervention en EHPAD, à domicile...). En effet, via la mesure 28 du Ségur de la santé, souhaitant développer une meilleure offre de soins des personnes âgées entre l'hôpital et la ville (afin d'éviter des sur-hospitalisations), les instances dirigeantes cherchent à favoriser le développement des EMG sur les lieux de résidence de ce public en situation de fragilité (DGOS, 2021).

### **3.1.3. Les limites des équipes mobiles de gériatrie**

Les EMG rencontrent plusieurs limites en pratique : certaines relatives au cadre de leurs missions et certaines relatives à leur insertion auprès des structures déjà existantes.

Concernant les limites intrinsèques aux EMG nous pouvons citer que ces équipes n'interviennent que sur des territoires prédéfinis, ce qui montre qu'il n'existe pas une accessibilité à ce service pour les personnes âgées résidant dans des lieux non couverts.

Concernant l'intégration des EMG, Rousseau et Bastianelli (2005) alertent sur plusieurs points :

- L'intervention des EMG est conditionnée à la réception d'un appel provenant d'un autre service. Or, leur implantation dépend avant tout de la collaboration avec les autres professionnels qui par méconnaissance des actes proposés par l'EMG peuvent être hostiles à ce type de prise en charge dans leurs services ;
- Il existe des critiques concernant la disponibilité insuffisante de ces équipes car étant en faible nombre elles sont vite débordées et ne peuvent pas répondre favorablement à toutes les requêtes. Elles rencontrent ainsi des difficultés pour conserver du temps pour communiquer, coordonner et former les interlocuteurs extrahospitaliers ;

- Les EMG acceptent parfois de réaliser des activités hors de leur cadre de pratique car elles peinent à aller contre l'idée reçue de certains spécialistes qu'elles servent avant tout à désengorger les services hospitaliers ;
- Les EMG ne communiquent pas assez sur leurs activités, et ce flou peut amener à des tensions et des malentendus ;
- Il existe des résistances de la part des généralistes surtout en zones rurales car ils souhaitent rester les partenaires principaux de l'accompagnement médical des patients.

Quelques années après, Couturier (2008) met en avant des points négatifs supplémentaires à l'implantation et au bon fonctionnement des EMG :

- Les EMG facilitent l'accompagnement des personnes âgées fragiles étant en secteur non gériatrique, mais les actions proposées ne sont au final qu'une « alternative à l'hospitalisation complète » car ce dispositif ne peut pas à lui seul remplacer les différentes structures d'accueil de ce type de patientèle.
- Tous les professionnels de l'EMG doivent avoir un certain savoir-faire et savoir-être afin de travailler en équipe soudée afin de proposer des évaluations gériatriques efficaces et globales, mais ce n'est malheureusement pas toujours le cas.

#### **3.1.4. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de cette équipe**

Vidal (2021) précise dans son mémoire de fin d'étude une citation de l'ANFE (2019) qui permet de voir l'intérêt d'engager un ergothérapeute au sein de cette équipe. En effet, il y est écrit qu'il « 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 ». L'étudiante préconise de ce fait l'usage d'évaluations écologiques et des visites à domicile (VAD) dans l'accompagnement du projet de vie des sujets âgés pris en charge en EMG. En effet, elle alerte sur le fait que les données obtenues par entretiens ou par questionnaires ne peuvent pas refléter la réalité complète du terrain, et met en avant que même si cela nécessite un déplacement du thérapeute au domicile du patient la réalisation de VAD permet de proposer des actions plus en accord avec les besoins de la personne âgées et ainsi favoriser leur autonomie.

L'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG) (s.d.) dans sa fiche de poste sur l'ergothérapeute exerçant au sein d'une EMG précise les missions de celui-ci. Il doit ainsi savoir faire des « évaluations des situations de handicap en service et à domicile », réaliser un « diagnostic ergothérapeutique », puis proposer de la « réadaptation en service et à domicile », favoriser la « transmission en service et à domicile », et veiller à « assurer la formation, le conseil, l'éducation ». Ces actions sont tournées vers l'occupation et s'appuie sur

une vision holistique du patient et de son environnement. L'AFEG (s. d.) rappelle également que l'ergothérapeute exerçant en secteur gériatrique est une spécialité, ce qui appuie sur la place de l'ergothérapeute au sein de ce type d'équipe.

Driessen dans son diaporama *Le rôle des ergothérapeutes en EMG en Ile de France (s. d.)*, précise les données suivantes concernant la prise en charge ergothérapeutique. Tout d'abord, l'ergothérapeute en EMG ne réalise pas de séances quotidiennes, et doit forcément travailler étroitement avec le reste des équipes gravitant autour du bénéficiaire (kiné, soins à domicile...). De plus, concernant son rôle spécifiquement en extrahospitalier il intervient uniquement sur sollicitation du réseau de ville, comme par exemple les médecins traitants ou les services de maintien à domicile (HAD, Centre Local d'Informations et de Coordination (CLIC), SSIAD ...). Pour finir, il participera à l'évaluation de la faisabilité d'un retour à domicile (RAD) et, s'il est envisagé, devra l'accompagner en réalisant les procédures suivantes : réalisation du plan d'aide avec l'assistante sociale, prise de contact avec les revendeurs médicaux pour des essais, accompagnement de l'entourage durant cette période de transition et mise en relation avec les services de soins à domicile.

Les équipes mobiles de gériatrie apportent une vision pluriprofessionnelle et holistique de la personne âgée. Elles peuvent intervenir en intra et extrahospitalier afin de favoriser la coordination des acteurs prenant en charge le patient âgé. Les ergothérapeutes peuvent y travailler en réalisant par exemple des évaluations, des mises en situations, des formations et des visites à domicile. Ce dispositif rencontre cependant des limites (aucun suivi réalisé, territoire d'intervention limité, etc.).

## **3.2. Intérêts de la téléconsultation en ergothérapie**

### **3.2.1. Définition du télésoin**

D'un point de vue historique, d'après le webinaire de l'ANFE du 17/04/20, il y a d'abord eu en France la loi du 21/07/09 actant de l'autorisation la télémédecine. La Société Française de Santé Digitale (SFSD) (2021) précise ensuite qu'à l'occasion de la loi du 24/07/19 portant sur la nouvelle organisation du système de santé, il y a eu création des concepts de télésanté et de télésoin. Afin de donner une définition précise de ces divers termes, nous pouvons les différencier comme ceci : la télésanté se compose de la télémédecine et du télésoin ; la télémédecine étant réalisée à distance par un professionnel médical et le télésoin étant réalisé à distance par un auxiliaire médical ou par un pharmacien. L'adoption de cette loi a été réalisée dans le contexte de pandémie de Covid-19 où le ministre des Solidarités et de la Santé a autorisé certains professionnels, à mettre en œuvre le télésoin dans le cadre de l'état d'urgence de façon

réglementée, sûre et de qualité (HAS, 2021a). En tant qu'ergothérapeute nous appartenons à la catégorie des auxiliaires médicaux, donc nous pouvons réaliser des consultations dans le cadre d'un télésoin. Tout comme la télémédecine, la pratique du télésoin est valorisée politiquement car il semblerait qu'elle puisse apporter des éléments de réponses quant à la désertification médicale en ruralité, la baisse du nombre de spécialistes, le vieillissement des français... (Mathieu-Fritz, Smadja, Espinoza et Esterle, 2012). Par ailleurs, Cason et Brannon (2011) précisent que les professionnels utilisant la télésanté « should become familiar with all pertinent legislation, regulation, and policies related to licensure » (doivent se familiariser avec l'ensemble de la législation, de la réglementation et des politiques pertinentes relatives à l'autorisation d'exercer [Traduction de l'auteur]) afin de fournir un service performant.

Le télésoin est une source d'innovation qui rencontre quelques a priori, mais selon la SFSD (2021) l'utilisation des technologies numériques ne doit pas nuire à la relation thérapeute-patient mais à l'inverse permettre un renouveau dans l'accompagnement. En effet, l'usage du télésoin en ergothérapie peut renforcer la prise en charge car de nombreux soins peuvent être réalisés en distanciel. Cependant, chaque patient est unique et la mise en place du télésoin se doit d'être pertinente au regard de plusieurs marqueurs, comme par exemple « l'état clinique physique et psychologique, sa situation socio-professionnelle et familiale, ses capacités de communication, mais aussi sa connaissance et son niveau d'utilisation des technologies numériques et son consentement » (SFSD, 2021).

### **3.2.2. Déroulement d'une séance de télé-ergothérapie**

En ergothérapie, nous devons suivre les recommandations de la loi n° 2019-774 du 24/07/19 qui définit les bonnes pratiques à suivre dans l'exercice d'un télésoin. Cependant, de nombreuses précisions ont été nécessaires au fil de la pandémie. Ainsi, d'après l'arrêté du 23/03/20 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaire pour faire face à l'épidémie de Covid19 dans le cadre de l'état d'urgence (HAS, 2021a) « à l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les activités d'ergothérapeute peuvent être réalisées à distance par télésoin ». C'est différent dans d'autres pays promouvant la télé-ergothérapie depuis plus longtemps car selon la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (2014) « telehealth may be used by occupational therapy practitioners for evaluation, intervention, monitoring, supervision, and consultation.

Concernant l'organisation spatiotemporelle du télésoin (SYNFEL, 2020 ; ANFE, 2020), la durée de ce dernier doit être la même qu'une séance en présentiel et il faut que le professionnel et le patient veillent à réaliser le soin dans un lieu calme disposant du matériel adéquat. D'autres points sont à respecter durant le télésoin, selon le SYNDICAT Français des



Ergothérapeutes Libéraux (SYNFEL) en 2020, comme le fait que les séances ne peuvent pas être pré-enregistrées, ni enregistrées afin de garantir une prise en charge personnalisée et adaptée au patient. Par ailleurs, comme pour toutes séances en présentiel il faut veiller au secret médical (SYNFEL, 2020 ; ANFE, 2020), notamment en ne donnant jamais d'informations personnelles (noms, pathologies, etc.) et en ne proposant des séances que sur des plateformes sécurisées (liste téléchargeable sur le site du ministère des solidarités et de la santé). Les risques et les bénéfices du télésoin doivent également être expliqués au patient afin de le rendre acteur de sa prise en charge et d'obtenir son consentement libre et éclairé (SYNFEL, 2020). De plus, pour favoriser la compréhension et l'accès aux soins d'ergothérapie en distanciel l'assistance d'un aidant pour les personnes peu autonomes est demandée (HAS, 2021a). Concernant le suivi des séances, toujours selon le webinaire de l'ANFE du 17/04/20, il faut après le télésoin réaliser une traçabilité de la séance et ne facturer le télésoin qu'une fois celui-ci réalisé. Concernant le remboursement, la HAS (2021b) précise que lors d'une téléconsultation la facturation et les moyens de remboursements sont équivalents à ceux d'une séance en présentiel.

### **3.2.3. Apports de la télé-ergothérapie**

Le télésoin en ergothérapie est arrivé en France suite au covid, mais c'est une pratique largement répandue à l'étranger. En effet, le webinaire ANFE du 17/04/2020, propose une sélection des recommandations internationales déjà parues, à savoir : « 2011 – Position officielle de l'ACE : La télé-ergothérapie et les services d'ergothérapie, 2013 – Ordre des ergothérapeutes du Québec : L'intervention ergothérapique à distance, 2014 – World Federation of Occupational Therapists : Telehealth). C'est en effet une notion richement répandue et « in anticipation of the important role telehealth will play in the delivery of health care services, the American Occupational Therapy Association (AOTA) continues to update and expand telehealth resources for OT practitioners (en prévision du rôle important que la télésanté jouera dans la prestation des services de soins de santé, l'AOTA continue de mettre à jour et d'élargir les ressources en télésanté pour les praticiens de l'ergothérapie [Ma traduction] » (Cason, 2014). Ceci est notamment réalisable par la mise à disposition de ressources au sein de la formation des étudiants et par la variété de conférences et de formations continues pour les professionnels.

L'environnement étant un point majeur dans ce métier, le télésoin est une pratique à favoriser selon l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2013) car « les technologies de pointe permettent les interactions entre le client dans son milieu de vie (p. ex. : maison, travail) et le professionnel à son lieu d'exercice ». Ainsi, spécifiquement durant les confinements dus au Covid-19, l'usage de télé-ergothérapie a permis à une partie des suivis de ne pas subir de rupture de soin, et ils ont même été plus riches grâce à un meilleur accès aux aidants principaux

et aux lieux de vie/de travail/de loisir des patients (Valette, 2020). Le SYNTEL (2020) rebondit sur ce dernier point en précisant que le « télésoin est important pour soutenir les familles isolées, répondre à leurs questions et les accompagner dans leurs problématiques (activités du quotidien, poursuite de la rééducation démarrée en ergothérapie...) ».

Le télésoin a par ailleurs de nombreux autres points positifs (Valette, 2020) : la réduction des frais et de la fatigabilité, la possibilité d'avoir accès à un praticien même dans des zones de désert médical et de prévoir plus facilement des rendez-vous en urgence.

Concernant plus précisément les personnes âgées, en 2020 l'AFEG se dit être favorable à l'utilisation de télésoin en ergothérapie auprès de cette population pour permettre d'organiser les sorties d'hospitalisation et le suivi à distance des préconisations. Par ailleurs, les téléconsultations en ergothérapie permettent d'éviter le déplacement « souvent long et pénible ».

### **3.2.4. Limites de la télé-ergothérapie**

Toutefois, les personnes peuvent signifier une certaine hostilité vis-à-vis des dispositifs de télésanté. Par exemple, Kivits et Voléry (2015) dans leur étude affirment que les ménages préfèrent sortir de leur domicile pour aller à la rencontre du thérapeute car selon eux les relations de proximité sont de plus grande qualité. Cette crainte est aussi partagée par le SYNTEL (2020) qui alerte sur le fait que sans relation face à face il est ardu de proposer un lien valorisant et d'analyser le patient dans son entièreté. Concernant le déroulement des séances il peut également y avoir des freins rendant la séance non productive. La SFSD (2021) attire l'attention sur le fait qu'il faut toujours durant un télésoin prévoir les éventuelles complications (faible connexion, exercices non adéquats...) ce qui nécessite un travail supplémentaire pour le thérapeute. De plus, la SFSD ajoute qu'actuellement il n'existe pas de formation dictant les bonnes pratiques de la télé-ergothérapie, ce qui n'aide pas à proposer des séances cohérentes. D'autre par le télésoin peut créer des inégalités d'accès aux soins car tous les patients n'ont pas le matériel requis ce qui limite la proposition d'accompagnement (SYNTEL, 2020).

Concernant plus spécifiquement le public des personnes âgées l'usage de télésoin peut a priori s'avérer plus difficile et moins attrayant. En effet, même si à l'heure actuelle il y a trop peu d'études sur le sujet, c'est un public qui est attaché aux rendez-vous en face-à-face, et la visioconférence peut biaiser la prise en charge notamment si la personne a des troubles cognitifs (Mathieu-Fritz, Smadja, Espinoza et Esterle, 2012). Ces auteurs précisent également que les soignants réalisant le télésoin s'épuisent aussi car ils doivent fournir un effort supplémentaire avec ce public : nécessité d'exagérer le ton de voix et des mimiques pour combler l'effet de distance et la surdité des personnes âgées, grande fatigabilité des professionnels qui doivent

s'adapter constamment, difficulté à comprendre la parole des personnes âgées marmonnant, mise en place de stratagèmes supplémentaires pour capter et maintenir l'attention, etc.

Même si cette pratique est depuis longtemps largement répandue et gage de qualité au niveau mondial, les ergothérapeutes français n'ont obtenu l'autorisation d'exercer en télésoin que depuis la pandémie de Covid-19. La télé-ergothérapie est encouragée car elle répond à des besoins grandissant (désertification des professionnels, population vieillissante, etc.). Cette pratique régie légalement est avantageuse car de nombreux soins sont réalisables en distanciel et elle permet de voir le patient dans son environnement réel. Toutefois, des limites persistent à sa mise en place (interdiction de réaliser des bilans, matériel insuffisant, etc.)

## ----- QUESTION DE RECHERCHE -----

### 1. Problématique

L'ensemble des données rassemblées précédemment soulève l'interrogation suivante :

- « Comment favoriser dans les zones rurales françaises l'accès aux soins en ergothérapie pour les personnes âgées vivant à domicile, et ainsi favoriser leur maintien à domicile ? »

### 2. Hypothèse de recherche

Au regard de cette problématique voici l'hypothèse à questionner durant la partie méthodologique de ce mémoire :

Les équipes mobiles de gériatrie et la télé-ergothérapie sont des interventions qui permettent de favoriser l'accès aux soins d'ergothérapie auprès des personnes âgées vivant à leur domicile en zone rurale, et donc de soutenir le projet de maintien à domicile

## ----- PHASE EXPERIMENTALE -----

### 1. Choix et élaboration de la méthode expérimentale

Afin de répondre à ces questionnements la décision de confronter les aspects théoriques à la réalité via la passation d'entretiens a été prise. En effet, le choix d'utiliser des entretiens permet d'aborder la problématique d'un point de vue qualitatif et non pas quantitatif. Selon Mays et Pope (1995) « the goal of qualitative research is the development of concepts which help us to understand social phenomena in natural (rather than experimental) settings, giving due emphasis to the meanings, experiences, and views of all the participants ». Ce type de

méthodologie permet ainsi d'avoir un accès direct au répondant, à ses idées, à ses perceptions et à ses représentations. Kohn et Christiaens (2014) précisent également que dans le cadre d'une étude portant sur des aspects relatifs à la santé les représentations et les croyances sont révélatrices de situations appartenant à la vie quotidienne, ce qui justifie d'autant plus l'analyse de situations en contexte réel plutôt qu'artificiel.

Pour le choix du type d'entretien, nous avons opté pour un entretien de type semi-structuré afin de pouvoir avoir accès à un guide d'entretien (*Annexe I*) comportant une trame de questions ouvertes et fermées prédéfinies à l'avance. En effet, les autres typologies d'entretien conviennent moins à notre recherche car un entretien libre ne permet pas d'assurer avec certitude le recueil des informations recherchées, et l'entretien structuré quant à lui laisse trop peu de marge de manœuvre à l'enquêté. Par ailleurs, les questions sont rangées selon quatre grands thèmes s'inspirant des concepts théoriques : « présentation du professionnel », « milieu rural », « vieillissement » et « intervention ergothérapique ». Au total 14 questions sont réparties dans ces thématiques. Pour deux des 14 questions des définitions pré-écrites ont été réalisées en prévision de l'ignorance potentielle des enquêtés de certaines terminologies (concernant les EMG et la télé-ergothérapie). L'ordination des questions est réfléchi de telle façon qu'une suite logique découle du raisonnement des interviewés, c'est pourquoi elles ont été préférentiellement abordées dans l'ordre prédéfini. En ce qui concerne la durée de passation des entretiens, le souhait d'une période de 45min a été définie. De plus, à l'initiation de la création de la méthodologie de ce mémoire, nous avons le souhait de faire passer trois entretiens. Cependant après discussion avec le maître de mémoire l'ajout d'un entretien pré-test a été retenu pour assurer une plus grande fiabilité.

## **2. Procédure de passation des entretiens**

En ce qui concerne la passation réelle des entretiens il a d'abord fallu réaliser des critères d'inclusion pour les personnes interrogées. Dans cette étude, le choix s'est porté auprès de quatre ergothérapeutes travaillant en zone rurale (départements de l'Ariège et des Hautes-Pyrénées) et ayant des personnes âgées vivant à domicile comme patients. La décision d'interroger des ergothérapeutes plutôt que des bénéficiaires (personnes âgées habitant en zone rurale et ayant recouru à des séances d'ergothérapie) a été prise car nous recherchons les visions professionnelles et personnelles régissant l'accompagnement de ce type de public dans l'accès aux soins d'ergothérapie. De plus, le panel des ergothérapeutes interrogés est intéressant car il représente une certaine diversité (année de formation, différentes structures, missions variées...)

Pour commencer la mise en place des entretiens, les contacts ont été relativement aisés. En effet, trois des ergothérapeutes sont d'anciens tuteurs qui ont simplement été contactés par

SMS, et le dernier est un ancien tuteur d'une étudiante de la promotion qui a été contacté par mail. Tous les messages initiaux ont été envoyés le 07.03.23 et les réponses ont été favorables dans les deux jours suivants. La réalisation des quatre entretiens s'est ensuite fait sur la semaine du 13 mars au 17 mars. Trois d'entre eux ont été réalisés en présentiel et un en visioconférence dû à l'éloignement. Vis-à-vis de la temporalité deux ont été fait durant la pause du midi, un à la sortie du travail et le dernier durant le temps de travail. Chacun des entretiens bruts a duré plus des 45min initiales (de 48min à 1h23). Généralement un temps d'échange a suivi les interviews, mais les informations transmises à cet instant n'ont pas été traitées à défaut d'avoir été enregistrées officiellement. Avant chaque entretien, les participants étaient invités à signer une feuille de consentement (*Annexes 2 et 3*) à la participation de l'étude. La certification de leur anonymat, leur droit de se rétracter et leur accord de se faire enregistrer étaient également recueillis. Par ailleurs, nous avons fait le choix de ne réaliser aucune prise de notes durant les entrevues jugeant que la mise en place d'un système d'enregistrement (dictaphone et un logiciel de saisie vocale sur l'ordinateur) permettait d'éviter l'oubli d'informations, tout en visant un échange plus fluide. Ce dernier a toutefois été légèrement restreint par l'emploi du vouvoiement qui a été communément approuvé avant la passation des entretiens pour rentrer dans un cadre plus professionnel. Par ailleurs, concernant le choix de réaliser un premier entretien test ce dernier a permis de valider le guide d'entretien, et les réponses qui ont été recueillies seront traitées comme celles obtenues ultérieurement dans les trois autres rencontres.

### **3. Outils d'analyse des données récoltées**

Les données recueillies (*Annexes 4 à 7*) ont été retranscrites avec Word sur la période du 13 mars au 24 mars. Les quatre verbatims ont ensuite été décomposés en premier lieu grâce aux logiciels IRAMUTEQ et TROPES (*Annexes 8 et 9*). Par la suite, les textes ont été analysés grâce à une lecture flottante des principaux concepts. Au final, un tableau reprenant les éléments majeurs de la trame d'entretiens a été complété (*Annexes 10 à 12*).

## **----- ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS -----**

Afin de ne pas surcharger les parties suivantes et de recentrer l'analyse sur les données importantes pour répondre à notre problématique, nous avons fait le choix de ne pas développer tous les éléments recueillis. Toutefois, les données extraites des quatre verbatims (*Annexe 11*) ont été analysées et synthétisées au sein de *l'Annexe 12*.

## 1. Présentation des répondants

Afin d'avoir un aperçu des caractéristiques de chacun des ergothérapeutes interrogés, nous avons réalisé un tableau récapitulatif présentant chaque professionnel.

	<b>Entretien 1 : Mme DM / E1</b>	<b>Entretien 2 : Mme L / E2</b>	<b>Entretien 3 : Mme N / E3</b>	<b>Entretien 4 : Mr N / E4</b>
<b>Lieux d'exercices professionnels</b>	- Hôpital = Centre de rééducation locomoteur - SSIAD - Ariège Assistance	- Cabinet libéral - EHPAD - MAS - SOLIHA	- Hôpital = EMG	- Hôpital = Service ortho traumatologie, EHPAD et HAD
<b>Anciens lieux d'exercices</b>	- Aucun	- Hôpital gériatrique - Centre de rééducation - MDPH	- USLD - SSR - Unités cognitives	- UEG - CMS en Suisse
<b>IFE</b>	Montpellier	Paris	Bordeaux	Montpellier
<b>Date diplôme</b>	1990	2007	2008	1990
<b>Ancienneté poste</b>	33 ans	5 ans	4 ans	≈ 30 ans
<b>Formations complémentaires</b>	- Formation rééducation - Adaptation du logement - PRAP 2S - DU d'expertise des dommages corporels	- Formation rééducation - Formation sur le bâti - CO -OP	- COTID - CO-OP	- Formations sur l'appareillage - Formation sur la manutention - PRAP 2S.
<b>Missions</b>	- Accompagnement de la rééducation/réadaptation des patients reçus à l'hôpital pour des problèmes locomoteurs : travailler leurs incapacités / préparer le retour à domicile / faire des préconisations / faire des VAD - Contacter les fournisseurs - Former les équipes : au PRAP, à l'utilisation des aides techniques... - Participer à la CSIRMT et au conseil médical de l'établissement - Evaluation de tous les bénéficiaires du SSIAD	- Prise en charge en cabinet - Création d'un jardin thérapeutique - VAD pour SOLIHA - VAD pour le PCPE - Prise en charge en MAS	- VAD - Prévenir les facteurs aggravants - Repérage des situations complexes - Accompagnement à l'aménagement du domicile et à la mise en place des aides techniques/humaines - Prévention des chutes - Accompagnement des personnes âgées avec CO-OP et des aidants avec COTID	- Création petits appareillage (orthèse) et de plâtres - Gestion du matériel - Assister les chirurgiens et les équipes d'ortho-traumatologie - Intervention au besoin sur l'EHPAD et le HAD (VAD) - Participe au DUERP - Forme au PRAP, à la pose des plâtres...
<b>Populations patients PEC</b>	Adulte / Personne âgée	Enfant / Adulte / Personne âgée	Personne âgée	Tout type de public

## 2. Résultats des logiciels d'analyse de texte

Afin d'avoir une première analyse des données obtenues l'utilisation des logiciels IRAMUTEQ et TROPES a été préconisée. En prérequis nous avons dû enlever nos propres paroles afin de laisser dans le texte analysé celles uniquement des répondants. Ce biais pris en compte nous avons pu commencer l'étude des quatre verbatims. Nous avons fait le choix de ne mettre en avant avec IRAMUTEQ que les 20 mots (les « formes ») les plus fréquemment employés par chacun des ergothérapeutes, afin de ne pas nous disperser dans des informations moins mises en avant. Au final, trois mots ont été cités par l'entièreté des ergothérapeutes : « aller » (80 à 26 fois visibles), « voir » (30 à 18 fois visibles) et « domicile » (26 à 16 fois visibles). Ceci nous suggère que ces professionnels ont besoin d'être et de mettre les gens en action, et de voir par eux même pour proposer des prises en charges adaptées, notamment dans le cadre de l'accompagnement du logement. Les ergothérapeutes prouvent ainsi leur rôle premier de spécialiste de l'observation et de l'environnement, et ce afin d'agir sur ce dernier pour permettre une meilleure qualité de vie et autonomie aux patients suivis.

Par ailleurs, l'analyse effectuée sur TROPES le second logiciel a permis de mettre en avant les grands thèmes (les « univers ») présents dans le discours de chacun des participants. Pour une meilleure lecture nous avons choisi de nous limiter à cinq thèmes et nous avons listé un exemple des mots analysés comme faisant partie de ces grands ensembles de mots. Au final deux univers ont été retrouvés chez tous les ergothérapeutes : « santé » (450 mots en tout / occurrence allant de 96 mots à 133 mots) et « gens » (174 mots en tout / occurrence allant de 31 mots à 59 mots). Le groupement de mots « habitat » (145 mots en tout) et « temps » (78 mots) sont quant à eux partagés par  $\frac{3}{4}$  des répondants (E4 diffère). Cette analyse nous permet de dire que chacun des participants a tendance à mettre en avant les aspects médicaux au sein de sa prise en charge (par exemple le mot hôpital est visible dans les 4 discours) et à prendre en compte les individus pris en charge ou permettant cette prise en charge ergothérapique (« personne âgée, famille, collègue... »). Par ailleurs, les thèmes partagés par les trois premiers répondants laissent à penser que l'ergothérapeute joue un rôle important dans l'environnement de vie des personnes âgées (« EHPAD, domicile, aménagement... ») et qu'ils définissent leurs actions temporellement (ils font tous référence au « vieillissement »).

## 3. Analyse croisée des entretiens :

### 3.1. Vivre et se soigner en zone rurale

Selon les ergothérapeutes interrogés, vivre en ruralité peut se révéler bénéfique sur plusieurs plans. Déjà d'un point de vue personnel, il est possible que l'individu « *préfère habiter à la campagne plutôt qu'en ville* » (E1 1.50) car il y a un « *cadre de vie vraiment agréable* »

(E4 1.63). Ce cadre de vie est vu favorablement car « *les gens sont sympathiques* » (E4 1.53), qu'il y a « *une entraide encore dans les villages* » (E3 1.98) et « *des familles qui sont encore présentes* » (E3 1.98) si besoin. Les environnements humain et physique sont donc primordiaux.

Toutefois, il existe aussi des inconvénients qui impactent négativement la vie en ruralité. En effet « *une des plus grosses difficultés du milieu rural c'est qu'il y a beaucoup de déplacements* » (E4 1.66) car « *tout est espacé* » (E1 1.258). Selon E2, le problème viendrait notamment des « *politiques actuelles* » qui « *centralisent dans les grandes villes* » (1.298) tous les commerces ou acteurs primaires. Ainsi, les habitants des zones rurales sont obligés de faire « *pas mal de temps de route* » (E1 1.258) pour le moindre déplacement. En plus, pour ceux en incapacité de conduire ou n'ayant pas de moyens de locomotion, ils ont un plus grand risque d'être « *isolées géographiquement* » (E3 1.113) car « *il y a moins de transport en commun en ruralité* » (E1 1.442). Par ailleurs, la qualité des habitations en zone rurale n'est pas optimale. E4 précise que généralement ce sont « *des maisons qui sont plus ou moins vétustes* » (1.241) avec des accessibilités extérieures complexes (« *pour arriver chez eux c'est un chemin de terre* » E3 1.350). De plus, comme « *ce n'est pas le même contexte social entre le rural et la ville* » (E4 1.87), les individus ont fréquemment des « *difficultés financières* » (E4 1.71) qui amènent à un « *manque de fonds pour pouvoir adapter leur habitat* » (E1 1.61).

Par ailleurs, nous devons nous demander comment le système de santé fonctionne en ruralité et comment les populations accèdent à leurs soins. Selon les ergothérapeutes interrogés « *l'offre de prise en charge [...] n'est peut-être pas assez conséquente par rapport aux demandes* » (E1 1.244) car il y a un manque de professionnels et de services de soins. Par exemple, en ruralité il y a « *peu de professionnels spécialisés* » (E2 1.77) et il n'y a « *pas non plus beaucoup d'établissements* » (E2 1.229) car ces derniers sont centralisés en ville. Par exemple, E4 confie qu'il y « *a des personnes qui habitaient à la campagne et qui sont allées vivre chez leurs enfants en ville car c'était plus facile comme démarche* » (1.227). De plus en situation d'urgence « *s'il y a des complications il faut aller dans la grande ville à côté* » (E2 1.230). Ainsi, en ruralité la question de la mobilité reste prioritaire dans les difficultés d'accès aux soins. En effet, comme dit précédemment les patients doivent se déplacer loin pour se faire soigner, mais les problèmes de mobilité impactent aussi les soignants qui vont au domicile. En effet, cela nécessite de passer « *beaucoup de temps sur la route* » (E1 1.250) au détriment du temps passé avec le patient, comme le précise E2 en disant : « *ça m'a demandé de m'adapter entre le temps que je passais sur la route et le temps où je faisais les prises en charge* » (1.112). Par ailleurs, les habitants des zones rurales « *manquent cruellement d'informations sur la filière* » (E3 1.103) ce qui entraîne que le professionnel « *arrive sur les situations un peu tard* » (E3 1.107), ce qui peut impacter négativement la qualité des soins. Il semblerait également que



la prise en charge puisse être retardée car les individus surveillent moins leur santé en zone rurale (« *un agriculteur il doit labourer son champ, il doit porter du poids, etc. et il ne fait quasiment pas de surveillance de l'orthèse* » E4 1.116). Toutefois, il y a des avantages à se faire soigner en zone rurale. Par exemple, le réseau « *est relativement bien tissé* » (E2 1.59) car il a une « *dimension tout à fait humaine* » (E1 1.52). E2 précise que les professionnels « *sont repérés et repérables assez facilement parce qu'on n'est pas forcément nombreux* » (1.60). Par ailleurs ce « *côté très familial entre tout le personnel* » (E1 1.53) se répercute sur la prise en charge car selon E4 « *il y a peut-être un petit peu plus d'accompagnement* » (1.234)

### **3.2. Vieillir chez soi**

Selon les quatre répondants, le vieillissement est avant tout un processus individuel car « *tout le monde ne vieillit pas pareil* » (E4 1.137). Dans le cas des personnes âgées il existe le « *vieillissement physiologique* » (E3 1.217) et le « *vieillissement pathologique* » (E3 1.218). Toutefois, quel que soit le vieillissement il y a une « *perte inéluctable des capacités* » (E1 1.211) qui reflète « *un épuisement et une fragilité* » (E3 1.270). Les changements perçus sont de plusieurs ordres : moteur, cognitif, émotionnel, comportemental et sensoriel. Par exemple d'un point de vue sensoriel, la personne âgée s'équipera progressivement et devra suivre des soins adaptés (« *des soins dentaires, les lunettes, les appareils auditifs* » E3 1.210). Au niveau moteur, il peut y avoir de « *la perte de force, de la perte de motricité* » (E2 1.154) pouvant mettre en danger l'individu durant ses activités. Par exemple, « *les personnes âgées se déplacent moins de manière générale* » (E2 1.441), ce qui fait que « *le plus gros risque [...] c'est le risque de chute* » (E3 1.200), car ce dernier peut même mener à « *un syndrome de glissement* » (E2 1.161). D'un point de vue cognitif, « *les risques d'accidents domestiques* » (E3 1.219) vont prédominer car en vieillissant il peut y avoir apparitions « *d'états un petit peu confusionnels* » (E1 1.188) allant parfois jusqu'à de la « *démence* » (E1 1.172). Les troubles cognitifs peuvent s'accompagner de troubles comportementaux car la personne peut par exemple devenir « *déambulante* » (E1 1.193), faire des « *fugues* » (E3 1.225) ou avoir un comportement « *agressif* » (E2 1.175). De plus l'état moral peut dans certains cas se dégrader allant même jusqu'à « *la dépression* » (E2 1.157) car il peut y avoir une « *souffrance de se voir vieillir* » (E1 1.210), ce qui peut favoriser la mise en place d'un « *isolement* » (E1 1.205). De plus, suite à cette perte des capacités primaires, il va y avoir apparition de « *limitations* » (E1 1.80) et une « *perte d'autonomie* » (E1 1.85).

Ainsi régulièrement « *les problèmes de santé prennent la place principale [...] et on ne voit plus forcément le reste* » (E2 1.142). Cependant, malgré toutes ces contraintes les personnes âgées peuvent aussi avoir « *un très bon vieillissement* » (E3 1.267). Pour encourager cela, il faut

qu'elles aient « *des capacités d'adaptation* » (E3 1.267), « *des bonnes stratégies de compensation* » (E3 1.236) et il faut également qu'elles « *gardent de très bonnes ressources* » (E3 1.205). De plus, pour favoriser un bon vieillissement il faut regarder l'environnement (« *elle est très entourée par ses filles* » E1 1.172), les besoins en aides humaines et techniques (« *elle était autonome avec sa prothèse de hanche* » E1 1.157), et si les activités sont limitantes ou ressources (« *c'est toutes les pathologies que tu peux développer à travers tes activités [...] qui vont faire que tu vas vieillir plus ou moins bien* » E4 1.150).

Les personnes âgées vivent et vieillissent dans des environnements variés. Ces environnements peuvent être favorisants ou limitants, et il faut donc s'interroger sur la pérennité du maintien à domicile. D'un point de vue positif, « *il est tout à fait normal qu'une personne veuille rester chez elle* » (E1 1.97). Le fait de rester dans son propre environnement est conseillé car cela favorise « *l'autonomie, et le maintien des habitudes de vie et des activités importantes* » (E3 1.283). En effet, selon E4 « *ça permet de garder des points fixes* » (1.252), ce qui « *rassure aussi* » (E2 1.173) la personne, notamment lorsqu'elle « *a perdu des compétences cognitives* » (E2 1.171). Par ailleurs, les aînés « *ont envie de rester à domicile [...] malgré parfois des handicaps qui sont lourds* » (E2 1.166). Cependant E4 ne partage pas cet avis car selon lui « *tant que tu n'as pas de dépendance et que tu n'as pas besoin de soins particulièrement lourds [...] tu as la chance d'y rester* » (E4 1.218). Toutefois, E1 nuance les propos de E4 en précisant qu'« *on aime son milieu, donc avantage ou inconvénient, ben on aime l'endroit où [...] on a choisi de s'établir* » (1.103), ce qui explique l'importance que certaines personnes âgées attachent à leur domicile.

Cependant, il existe des « *problématiques de maintien de la personne âgée à domicile* » (E1 1.310) car « *ça a ses limites aussi* » (E4 1.254). En effet, le lieu de vie « *peut être pourvoyeur de risques supplémentaires* » (E1 1.521) notamment « *dès qu'il y a une trop grosse perte d'autonomie* » (E4 1.242). Ainsi, avec la perte des capacités, certaines activités nécessaires à la gestion de l'habitat ne sont plus réalisables (« *il y en a pas mal ici qui se chauffent encore au bois* » E4 1.241). De plus les personnes âgées face à la conscientisation de leurs limitations peuvent également avoir des appréhensions à rester chez elles (« *j'ai peur, j'ai peur de chuter* » E2 1.290). Par ailleurs, E1 met « *en rapport les problématiques du maintien à domicile avec la qualité de l'habitat* » (1.59). En effet, il faut souvent revoir « *l'aménagement du logement* » (E3 1.270) car « *il y a beaucoup de choses à faire dedans* » (E2 1.234). Par exemple, il faut veiller à « *dégager tous les espaces* » (E1 1.176) et vérifier que tous les espaces sont bien accessibles (« *la douche, qui soi-disant est adaptée mais qui présente une marge de 14 cm* » E1 1.178). Cependant, les personnes âgées « *n'ont pas forcément beaucoup de finances avec leurs petites retraites* » (E2 1.214), ce qui rend difficile la faisabilité des aménagements. Il est également

important de « voir s'il y a des aidants possibles à domicile » (E1 1.107) car cela peut « mener à une hospitalisation si l'état de santé est trop fragile, et qu'il n'y a personne au domicile pour étayer et pour soutenir un problème médical » (E3 1.396). Cependant E3 précise que l'entourage peut gêner la prise en charge car elle « rencontre beaucoup de familles qui empêchent les personnes âgées d'entreprendre des activités parce qu'elles ont trop peur qu'elles tombent et qui instille cette peur » (1.202) à la personne âgée. A l'inverse, si cette dernière devient trop fragile, et que « c'est vraiment trop lourd pour les aidants, là le maintien à domicile il est questionné » (E2 1.175). De plus, concernant les aidants professionnels ils ne peuvent pas tous venir intervenir au domicile (« il y a le SSIAD mais il ne peut pas répondre » E1 1.67, « il n'y a pas pu y avoir de soins palliatifs à domicile » E1 1.381) ce qui ne soutient pas le projet de maintien à domicile.

### **3.3. Interventions ergothérapeutiques auprès des aînés domiciliés en ruralité**

Les ergothérapeutes sont des professionnels paramédicaux qui peuvent exercer dans une diversité de structures (« je travaille à l'hôpital » E1 1.14, « je me suis installée en maison de santé » E2 1.96) et qui remplissent différentes missions en fonction de leur poste (« je m'occupe du petit appareillage » E4 1.25, « j'anime un groupe de PRAP » E1 1.30). Toutefois, la base du métier reste la même, c'est-à-dire aider les individus à « maintenir leur autonomie » (E1 1.150), voire leur « redonner leur autonomie » (E1 1.26). Les ergothérapeutes peuvent dans ce but réaliser des actions de prévention (« faire de la prévention des chutes » E1 1.95, « prévention d'escarre » E4 1.27), mettre en place de la rééducation (« la rééducation des fonctions supérieures » E1 1.16), et faire de la réadaptation (« l'accompagnement dans l'aménagement des logements et des aides techniques » E3 1.31). Les ergothérapeutes ont une vision holistique des situations, donc ils vont « évaluer les capacités et les incapacités » (E1 1.385) des individus, mais aussi « les facteurs environnementaux » (E1 1.386) et les activités signifiantes de la personne (« on est vraiment maintenant sur une intervention occupation centrée » E3 1.33, « prendre en compte ses habitudes de vie » E2 1.196) L'ergothérapeute est donc un professionnel qui adapte « sa prise en charge au patient et à tout le système qui va autour » (E4 1.75).

Toutefois, la prise en charge ergothérapeutique peut rencontrer des limites. En effet, pour commencer « il y a quand même une problématique sur le fait que les gens ne savent pas ce que c'est que l'ergothérapie » (E1 1.55). De plus, les ergothérapeutes sont surtout dans des structures hospitalières car « il y a très peu d'ergos en libéral » (E1, 1.114). Ceci s'explique notamment car les soins en libéral ne sont pas remboursés (« ensuite moi normalement je ne les vois plus parce que sinon financièrement ce serait à eux de payer pour un suivi complémentaire » E2 1.322, « c'est le problème du libéral car les gens ne payent pas » E3 1.337). De plus,

si nous nous centrons sur le public des aînés vivant en ruralité, il faut savoir que « *c'est très difficile de faire de l'ergothérapie libérale orientée sur la personne âgée* » (E1 1.116) car « y en a mais beaucoup qui ne s'intéressent qu'aux enfants et pas aux personnes âgées » (E1 1.115), notamment car la prise en charge est facilitée pour les premiers. De plus, concernant la prise en charge en ruralité, c'est aussi plus délicat car les ressources sont limitées (c'est plus difficile « *de trouver des fournisseurs* » E1 1.72) et que l'ergothérapeute se voit forcé d'avoir un rôle de généraliste car il y a trop peu de collègues en soutien (« il faut être touché à tout et en même temps être assez spécialisé » E2 1.48).

Les **équipes mobiles de gériatrie** sont des dispositifs connus par la moitié des ergothérapeutes interrogés. En effet, E3 y travaille (« *je suis dans une équipe mobile de gériatrie* » 1.25), E4 connaît globalement celle sur son hôpital (« *je les vois parfois se balader dans l'hôpital* » 1.358), et quant à E1 et E2 ils ne connaissent pas cette équipe et ne savent pas qu'il y en a une dans leur département (« *mais il n'y en a pas en Ariège* » E2 1.432). Ce dispositif est « *spécialisé sur la personne âgée* » (E4 1.425), et offre une « *vision globale* » (E4 1.390) notamment car c'est un dispositif permettant de « *pouvoir prendre une décision avec un regard pluridisciplinaire* » (E2 1.421). L'accompagnement proposé « *est toujours très précis* » (E4 1.380) et permet notamment « *de débrouiller des situations sociales à risques, car il y a une vision médico-sociale de la personne et de son environnement* » (E4 1.390). Par exemple, l'équipe de l'EMG de E3 collabore pour réaliser « *une photographie du sommeil, de l'humeur, du moral, des premières informations sur les déplacements et sur le logement* » (E3 1.163) avant l'intervention de l'ergothérapeute (« *je ne fais quasiment jamais d'évaluation globale d'une situation. C'est vraiment le travail du gériatre et de l'infirmière. Du coup quand je vais au domicile j'ai les évaluations qui sont déjà faites* » E3 1.159). Ainsi, chaque personne travaillant à l'EMG doit être « *très bien formée* » (E3 1.144) au travail de groupe et sur le vieillissement pour proposer des prises en charge adaptées. Par exemple, elles doivent repérer les « *personnes un peu à risque ou des maladies évolutives* » (E3 1.272) pour anticiper les besoins car « *il va forcément y avoir des évolutions dans la prise en charge* » (E3 1.273). Ainsi, l'ergothérapeute semble trouver sa place dans cette équipe car « *en ergo on est formaté [...] pour voir le global* » (E4 1.420). Au niveau fonctionnel, cette équipe doit au préalable être appelée sur les situations problématiques (« *les autres gériatres de l'hôpital* » E3 1.49, « *par le médecin traitant* » E3 1.356), et elle intervient alors en intrahospitalier ou en extrahospitalier (« *l'équipe d'ici elle se déplace au domicile aussi. Ils ne vont pas que de services en services* » E4 1.384). Le fait que l'équipe « *se déplace assez loin* » (E3 1.450) pour se rendre au domicile du patient fait que « *ce n'est pas la personne qui se déplace [...] pour voir 3 ou 4 professionnels* » (E2 1.431). Ainsi

cette équipe permet « *d'être au plus près d'une population qui a quand même des difficultés de mobilité, d'accès aux soins* » (E3 1.94). L'EMG permet une évaluation complète des « *capacités de la personne et tout ce qui est [...] autour de la personne (que ce soit l'environnement architectural ou humain)* » (E1 1.312), et pour cela « *l'avantage c'est qu'on va [...] voir le lieu de vie. Donc on peut observer beaucoup plus de choses* » (E2 1.444). Le but final de l'EMG c'est la « *préservation de l'autonomie* » (E3 1.30). Pour cela l'EMG propose plusieurs actions : « *l'accompagnement dans l'aménagement des logements et des aides techniques* » (E3 1.31), des interventions de prévention (« *soirée à thème* » E4 1.440, « *j'interviens aussi pas mal sur le thème des chutes* » E3 1.39), des réorientations vers le réseau (« *on oriente un relais sur un professeur d'activité physique* » E3 1.376) et aussi un soutien aux aidants (« *lui donne de l'informations pour qu'elle soit mieux armée* » E3 1.383). De plus, un des avantages de cette structure c'est que « *l'hôpital prend en charge intégralement* » (E3 1.78) toutes les actions proposées, et donc celles réalisées en ergothérapie. La connaissance des actes d'ergothérapie et l'accessibilité aux soins de cette profession sont donc facilitées, notamment car ça permet aux patients d'« *avoir un avis d'ergothérapeute s'il y en a un dans la structure car ils n'auraient pas forcément cet avis à d'autres moments ou ils ne le solliciteraient pas* » (E2 1.417)

Cependant, malgré les intérêts que représentent les EMG, il existe des limites. La toute première est que cette équipe « *n'est pas connue* » (E1 1.335), donc « *il faudrait qu'ils puissent créer plus de communication* » (E4 1.427). Par ailleurs, l'EMG peut être mal perçue par d'autres soignants (« *on nous percevait mal car on avait une vision globale et on parlait de « situation » et pas de « pathologie »* » E4 1.405). Par ailleurs, E4 trouve que malgré leur approche globale « *tout existe déjà sur le terrain et qu'il n'y a pas forcément besoin de l'EMG* » (1.402), donc il y a un ajout d'acteurs supplémentaires, ce qui peut alourdir la prise en charge (« *c'est grosso modo les interventions je fais pour le SSIAD* » E1 1.330). Par ailleurs, il n'y a pas toujours d'ergothérapeutes dans les EMG, alors que « *dans tous les cas c'est mieux d'avoir un ergo dans les EMG car on est formé à avoir cette vision holistique* » (E4 1.473) et qu'« *il y a besoin de technicité. Et c'est nous qui l'avons* » (E1, 1.385). Toutefois, l'EMG actuellement a un point de vue qui « *reste très médical* » (E3 1.72), ce qui n'aide pas au développement de l'ergothérapie. Par ailleurs, l'EMG peut être dépassé par les demandes (« *voir si ça ne s'engorge pas trop vite* » E1 1.357) et manquer de personnel (« *en termes d'effectifs ça tient à un fil* » E3 1.444). Les professionnels y exerçant doivent être en plus « *bien formés* » (E3 1.462) car « *on est seul [...] dans des situations où il faut très vite aller à l'essentiel* » (E3 1.465). De plus, concernant la prise en charge proposée à domicile, E1 précise que « *c'est bien aussi parfois de les rencontrer en dehors* » (1.446). De plus, E3 précise que les patients « *ils ont déjà un parcours de soins. On les voit tard* » (1.410) et que le délai de prise en charge n'est pas assez rapide (« *j'y vais 3*

*semaines après [...] ce qui est quand même rapide mais parfois non* » E3 1.361). En outre, le fonctionnement de l'EMG est à améliorer selon les répondants (« *il n'y a pas de continuité, ni de suivi dans les EMG et c'est dommage* » E4 1.469, « *on aimerait ouvrir et développer un vrai volet d'éducation pour les professionnels du réseau* » E3 1.559, « *l'ARS (Agence Régionale de Santé) aimerait développer davantage l'extrahospitalier sur les EMG* » E3 1.155)

Concernant **la télé-ergothérapie**, elle n'a été pratiquée que par E3, mais de façon informelle (« *j'ai dû passer par mon WhatsApp personnel* » E3 1.535). Cette pratique a des avantages car elle permet « *d'avoir un lien* » (E1 1.459) avec le thérapeute afin de proposer un suivi à distance (« *le suivi ça peut être intéressant* » E3 1.534), notamment pour éviter les déplacements au patient (« *peut-être qu'elle suivrait davantage les séances avec ça que si elle devait faire de la route* » E2 1.482) et à son entourage (« *l'idée si c'est de réduire les déplacements pour des familles isolées bon c'est vraiment intéressant* » E2 1.472). Par ailleurs, l'usage de la télé-ergothérapie « *peut faire gagner du temps* » (E3 1.547) car « *c'est mieux les visios pour éviter des déplacements [...] alors que la prise en charge va durer quelques minutes* » (E4 1.524). En effet, « *ça permet d'échanger sur des difficultés [...] de dédramatiser* » (E1 1.460) et de « *réajuster des choses à distance [...] sans que tout le monde ne se déplace* » (E4 1.506). L'accompagnement proposé en télé-ergothérapie est varié. Par exemple, pour E1 « *ça stimule [...] les fonctions cognitives* » (1.460) chez des sujets en perte de capacités. Alors que pour E4 c'est « *pour des modifications ou pour valider les choix que tu as fait antérieurement avec ton patient* » (1.519). De plus, en utilisant cette pratique « *l'idée c'est quand même de faire développer l'ergothérapie* » (E2 1.496). Par exemple, cette pratique peut permettre de créer un lien entre l'ergothérapie libérale et l'hôpital une fois la personne revenue à son domicile, ce qui permet de compléter l'accompagnement (« *je crois qu'on a quand même loupé quelque chose, on aurait dû faire du lien avec l'hôpital* » E1 1.446).

Toutefois, cette pratique a aussi de nombreuses limites qu'il faut prendre en compte avant de choisir d'accompagner la personne avec cet outil. Tout d'abord, la télé-ergothérapie est méconnue (« *ce sont des vidéos de présentations de prises en charge en ergothérapie* » E4 1.478) et elle « *est trop marginale pour l'instant* » (E3 1.554). En effet, les ergothérapeutes ne sont pas au courant de la législation, ni de comment mettre en pratique la télé-ergothérapie (« *est-ce qu'il y a des logiciels pour ça ?* » E3 1.515). Souvent les répondants demandent ainsi qui est en mesure de mettre en place de la télé-ergothérapie (« *je suppose que c'est plus les ergos en libéral qui vont faire ça* » E4 1.502). Pour E1, cette pratique ne peut pas être réalisée en sortie d'hospitalisation car « *on est sorti de l'hôpital et il n'y a pas de suivi* » (1.444), sinon « *c'est du temps ergo pour quelqu'un qui n'est plus hospitalisé* » (1.438), donc même « *pour*

*voir si les aides techniques sont mises en place ce n'est juste pas réalisable* » (1.441). Par ailleurs, cette pratique ne convient pas pour tous les patients. En effet, il faut vérifier « *si la personne est en capacité cognitive d'utiliser l'ordinateur* » (E1 1.457), s'il y a « *un accès facile à internet* » (E1 1.397), faire attention à « *l'absence d'outil informatique* » (E3 1.550) et vérifier si besoin si des proches « *sont là et aidants* » (E1 1.401). Les répondants sont également sceptiques vis-à-vis de la télé-ergothérapie car « *ce n'est pas quand même du lien direct* » (E1 1.459) et qu'elle « *ne peut pas se faire dès le départ quand on ne connaît encore rien du patient* » (E4 1.509). Par ailleurs, certains font part d'un problème d'affinité avec l'outil informatique (« *rien que l'écran ça ne me suffit pas* » E1 1.508). Ils avertissent aussi sur le manque d'affinité de certains publics, notamment celui des personnes âgées (« *c'est quand même particulier pour la personne âgée d'utiliser le numérique* » E2 1.476). De plus, certains outils leur semblent plus instinctifs pour recueillir des informations (« *par téléphone [...] on se dit déjà beaucoup de choses* » E3 1.520). Concernant le choix d'utiliser cette pratique, pour eux « *l'avantage est dans le suivi mais pas dans l'évaluation* » (E3 1.520) car « *il faut qu'il y ait du présentiel aussi* » (E1 1.468), notamment pour ne pas biaiser les observations. En effet, les professionnels sont unanimes sur le fait que c'est « *important de voir et d'être au contact physique des gens* » (E3 1.524) et ne pas être « *restreint parce que tu passes par le filtre de la visio* » (E4 1.518). Par exemple, « *pour du conseil à domicile faut [...] que la personne elle arrive à se débrouiller avec la tablette pour montrer les agencement des pièces* » (E2 1.492) ce qui ne sera pas forcément le cas, et « *on ne va pas avoir une idée de ce que sont ces déplacements dans tout logement* » (E3 1.531) car on ne pourra pas l'observer partout. De plus, au-delà de vouloir éviter les biais, certains tests sont uniquement réalisables en présentiel pour éviter les risques liés aux mises en situation (« *comment faire passer un test de Tinetti ou de Berg comme ça ? [...] on ne va pas la regarder tomber sans rien faire* » E1 1.468). Toutefois, E2 perçoit « *ça comme un inconvénient de ne pas pouvoir réaliser les bilans en télé-ergothérapie* » (1.475) et E1 demande « *est-ce qu'il y a des évaluations quand même qui sont réalisables par télé-ergothérapie ?* » (1.463). Pour finir, E2 s'interroge sur l'utilisation de cet outil pour développer l'ergothérapie en confiant que « *si les bilans ne se font pas [...] il faut forcément que la personne ait déjà connaissance de l'ergothérapie pour pouvoir en bénéficier de cette télé-ergothérapie* » (1.480).

## ----- DISCUSSION -----

L'analyse des entretiens a permis de mettre en lumière des éléments reflétant la pratique des quatre répondants. Au sein de cette partie, nous allons les confronter aux aspects théoriques afin d'apporter des réponses à notre question de recherche et à nos hypothèses.

## **1. Comparaison de la pratique et de la théorie**

### **1.1. L'accessibilité aux soins en zone rurale**

L'analyse des verbatims a permis de mettre en avant des concepts déjà évoqués dans la partie théorique, mais également d'en développer de nouveaux. Concernant les ressemblances, les professionnels déplorent effectivement un manque de soignants, de spécialistes et de structures de soins (MSHLorraine, 2014). Par exemple, E4 précise que des individus ayant besoin de soins spécifiques préfèrent se rendre en ville où tout y est centralisé (Nelson et ses collaborateurs, 2021). De plus, les interviewés jugent également qu'en zone rurale les déplacements sont nombreux, ce qui impacte les activités des habitants, mais également la prise en charge des soins. En effet, ils confirment la théorie qui met en avant une diminution du nombre de soignants se rendant au domicile, et à l'inverse une obligation des individus à se déplacer pour avoir des soins de qualité (Kivits et Voléry, 2015). Les ergothérapeutes confirment également que les individus habitant en zone rurale souffrent, de par l'éloignement de toutes les commodités primaires, d'un isolement géographique. Toutefois, cet isolement est souvent compensé au niveau social, car les interviewés confirment la théorie dictant que les populations s'entraident plus fréquemment (Kivits et Voléry, 2015). Pour revenir sur l'accès aux soins, les répondants déplorent également une méconnaissance du réseau de la part des populations (MSHLorraine, 2014). Toutefois, ils précisent que cette méconnaissance peut avoir un impact négatif sur le soin, car les soignants arrivent de ce fait plus tard sur les situations.

Concernant les divergences, les auteurs mettent en avant l'importance du délai de réponse trop élevé qui ralentit la prise en charge (Vergier, Chaput et Lefebvre-Hoang, 2017), mais les professionnels n'en font pas mention durant les entretiens. Par contre, les professionnels mettent en avant quelques avantages de vivre en ruralité ; comme l'importance de la qualité de vie en zone rurale et l'intérêt d'avoir un réseau de santé connu avec un accompagnement plus humain. Par ailleurs, ils font état de difficultés n'ayant pas été énoncées dans la théorie, comme le fait que le contexte social est différent en ruralité, notamment car il y a des problèmes financiers, des logements inadaptés, et moins de surveillance de la part des populations rurales de leur santé.

### **1.2. Le vieillissement et le maintien au domicile**

Vis-à-vis des concepts de vieillissement et de maintien à domicile, les ergothérapeutes mentionnent des idées présentes dans la théorie, mais proposent aussi des compléments d'informations. En effet, le vieillissement y est également décrit comme un processus normal et individuel (Stefanacci, 2022), mettant en jeu une perte des capacités, puis des limitations d'activités, pour aboutir à une perte d'autonomie et une apparition de dépendance (OMS,



2022a). Les notions de vieillissement physiologique, d'état de fragilité et de vieillissement pathologique ont aussi été abordées. Les ergothérapeutes insistent sur l'importance d'avoir une vision globale de la personne âgée, de son environnement et de ses activités. De plus, ils mentionnent également les risques encourus avec la perte des capacités : le risque de chute, d'hospitalisation et d'institutionnalisation si le maintien à domicile est trop dangereux (HAS, 2013). Concernant le maintien dans le lieu de vie, les ergothérapeutes y sont favorables. Toutefois, selon eux il faut accompagner la personne dans son souhait de rester chez elle car généralement le logement est inadapté au vieillissement ; donc il faut l'aménager et mettre en place les aides humaines et techniques adaptées (Trouvé, 2009). Ils insistent également sur le fait qu'il faut agir précocement pour éviter une trop grosse perte d'autonomie (HAS, 2013).

Il existe toutefois des divergences avec la théorie. En effet, celle-ci dit que la part des personnes âgées augmente, que les aînés vivent en majorité à domicile, et que plus l'âge avance plus la personne vit seule chez elle (INSEE, 2019), mais les répondants n'en ont pas parlé. Les ergothérapeutes ne font pas non plus état des bénéfices financiers à rester au domicile (Bresson, 2015). A l'inverse, les répondants ont évoqué des notions non traitées en partie théorique. Concernant le vieillissement, ils ont ainsi développé les types de capacités qui pouvaient être impactées : physiques, cognitives, émotionnelles, comportementales et sensorielles (la théorie ne parle pas des trois dernières). De plus, concernant les pertes cognitives, ils alertent sur le risque d'accidents domestique. Ils précisent également que pour avoir un vieillissement réussi, il faut avant tout des bonnes stratégies et capacités d'adaptation. Au sujet du maintien à domicile, ils affirment qu'il favorise l'autonomie et le maintien des habitudes de vie, et ils approuvent le désir des individus de rester à leur domicile même en situation de grand handicap. Cependant, pour vivre de façon pérenne chez soi il faut rester vigilant. Ainsi, il faut selon eux vérifier si le logement n'est pas pourvoyeur de risques supplémentaires, si les activités sont réalisables seules (moyen de chauffage), et si les finances sont suffisantes pour adapter le logement (tenir compte des petites retraites). Pour finir, ils alertent aussi sur l'importance de l'environnement humain, car en vieillissant l'individu aura besoin d'une présence de plus en plus importante. Toutefois, les interviewés préviennent que l'entourage peut être aussi néfaste (diffusion du stress familial sur l'aîné...).

### **1.3. Les interventions ergothérapeutiques**

Concernant les points positifs des **équipes mobiles de gériatrie**, les répondants ont confirmé que la richesse de cette équipe est qu'elle soit spécialisée dans l'accompagnement des personnes âgées, et qu'elle apporte une vision globale et pluridisciplinaire des situations (Maillage94, 2018). Ils ont également trouvé enrichissant le fait que cette équipe soit en

intrahospitalier et en extrahospitalier, notamment vis-à-vis de l'accès direct à l'environnement et aux habitudes de vie du patient. En plus d'une meilleure accessibilité physique, quand les soignants se déplacent chez le patient, l'accessibilité financière est également facilitée pour tous les actes prodigués par l'EMG, notamment ceux d'ergothérapie, car l'hôpital prend en charge (Maillage94, 2018). De plus, E3 travaillant dans une EMG a confirmé les buts principaux listés dans les écrits, c'est-à-dire l'évaluation globale, l'aide au maintien à domicile, un rôle de conseiller, et un rôle de coordinateur du réseau (ARS, 2017). Également, les quatre ergothérapeutes trouvent intéressant que les professionnels de l'EMG travaillent ensemble pour évaluer les besoins du bénéficiaire afin de lui proposer des préconisations (aménagement, aides humaines et techniques) et le réorienter si besoin. Toutefois, pour réaliser une bonne prise en charge les répondants ont appuyé sur la nécessité d'avoir des professionnels formés (Couturier, 2008). Au niveau des limites liées au fonctionnement de l'EMG, les interviewés ont regretté que le suivi ne soit pas réalisable et que l'équipe n'intervienne que sur un territoire défini. Ensuite, ils ont mis en avant les problématiques liées à la mauvaise communication des EMG, amenant à leur méconnaissance (Rousseau et Bastianelli, 2005). Ce dernier point impacte d'ailleurs tout particulièrement la prise en charge parce que E3 a confirmé que l'EMG ne peut intervenir qu'après un appel du réseau. Toutefois, même si les appels étaient nombreux, E1 met en avant le fait que l'équipe risque d'être débordée facilement et elle s'interroge, de ce fait, sur les délais de prise en charge.

Il existe cependant des différences entre la théorie et les discours analysés. En effet, la théorie met en avant que les EMG sont vues à tort comme un moyen de désengorger les lits d'hôpital, ce qui n'a pas été cité par les ergothérapeutes. A l'inverse ces derniers ont évoqué des points non observés en théorie. Au niveau des avantages ils citent la capacité de l'EMG à faire évoluer des situations enracinées et leur rôle de prévention. De plus, selon eux l'ergothérapeute a toute sa place au sein des EMG car il a une vision d'ensemble et peut travailler en équipe. D'ailleurs, l'accompagnement de ce dernier est amélioré car en s'appuyant sur les bilans de ses collègues il gagne du temps. Concernant les limites évoquées, les entretiens mettent en avant que les EMG sont un acteur supplémentaire qui alourdit la prise en charge car il y a déjà des professionnels compétents. De plus, selon eux il y a un risque que l'EMG soit trop médicale et centrée sur la pathologie. Ils trouvent également dommage le fait qu'il y ait si peu d'EMG faisant de l'extrahospitalier (DGOS, 2021), même si l'ARS souhaite les développer à l'avenir.

La **télé-ergothérapie** est elle aussi une intervention intéressante à développer car elle présente des avantages cités par les répondants et dans la partie théorique. Tout d'abord, ils sont d'accord sur le fait que cette intervention offre un renouveau dans l'accompagnement et permet

un accès à des soins à distance. Ainsi, ils trouvent intéressant la réduction des déplacements et de la fatigue qu'ils engendrent (Valette, 2020). Ils apprécient aussi le fait de pouvoir apporter un soutien à distance si besoin aux familles (SYNFEL, 2020). Il est important pour eux également de s'adapter aux capacités du patients, à son environnement et à ses activités pour proposer ou non ce moyen d'accompagnement (Valette, 2020). Ils apprécient d'avoir accès au lieu de vie et à l'entourage réel du patient en passant par des visioconférences (OEQ, 2013). Par ailleurs, les répondants approuvent certaines des limites citées en partie théorique. Par exemple, ils pensent aussi que la relation sera moins riche qu'en présentiel et ils comprennent que les patients soient réticents aux nouvelles technologies (Kivits et Voléry, 2015). Concernant le matériel, ils trouvent qu'il faut tenir compte que tout le monde n'a pas internet ou du matériel adapté, ce qui crée au final de nouvelles inégalités et augmente les problèmes d'accès aux soins pour ces individus. De plus, ils ne savaient pas que les bilans et les renouvellements de bilans étaient interdits en télé-ergothérapie, mais ils comprennent ce choix pour éviter les risques et pouvoir évaluer le patient hors du filtre de la visioconférence (HAS, 2021a). Il en va de même pour les exercices à faire réaliser au patient car toutes les idées ne sont pas transposables ou observables par le cadre de la télé-ergothérapie. Concernant le public clef de ce mémoire de recherche, ils alertent aussi sur le faible attrait de l'informatique chez les personnes âgées, mais également sur le fait que ce sont des populations souffrant de troubles cognitifs qui ne sont pas tous compatibles avec l'utilisation de cet outil, comme expliqué en théorie

Il existe des notions dont les répondants n'ont pas parlé (sûrement par méconnaissance de ce dispositif). Par exemple, ils n'ont pas vu cette intervention comme un moyen de pouvoir améliorer l'accessibilité à des spécialistes n'étant pas physiquement sur le territoire (Mathieu-Fritz, Smadja, Espinoza et Esterle, 2012). De plus, ils ne connaissent pas les lois (HAS, 2021a) permettant le fonctionnement de cette pratique (interrogation sur le financement, l'obligation de fournir un consentement...). Toutefois, les ergothérapeutes précisent des points non évoqués en théorie. Au niveau positif, ils rajoutent que la télé-ergothérapie permet de réguler des situations simples à distance ne nécessitant pas forcément un déplacement. De plus, il est selon eux possible de proposer à distance des exercices cognitifs, de donner des conseils, d'évaluer les préconisations et de faire un lien entre les cabinets libéraux et les structures (AFEG, 2020). Toutefois, ils sont nombreux à se demander comment réellement mettre en place ce lien intra/extrahospitalier ; si c'est proposé par l'hôpital, c'est du temps dédié à des personnes hors de l'établissement, mais si c'est proposé en libéral, il y a le risque que les personnes ne payent pas pour cet accompagnement. Par ailleurs, les ergothérapeutes pointent d'autres limites : une impossibilité de ne faire qu'un suivi en distanciel (besoin de présentiel au moins la première séance, si ce n'est plus), une faible affinité pour le numérique de la part des thérapeutes, une

préférence pour d'autres moyens de communication (le téléphone), et surtout une déception de ne pouvoir réaliser aucun bilan en distanciel (freine la prise en charge, mais le présentiel est préférable pour certaines mises en situation risquées)

## 2. Validation des hypothèses

*Hypothèse* : *Les équipes mobiles de gériatrie et la télé-ergothérapie sont des interventions qui permettent de favoriser l'accès aux soins d'ergothérapie auprès des personnes âgées vivant à leur domicile en zone rurale, et donc de soutenir le projet de maintien à domicile*

Comme expliqué dans la partie théorique, l'accès aux soins regroupe un ensemble de composants (HAS, 2014 et OMS, 2022b). Parmi eux, il y a une notion de temporalité (recevoir le soin au bon moment), une d'environnement (le recevoir où que soit le patient), une d'efficacité (les soins prodigués sont de qualité) et une financière (le coût est abordable). Concernant les EMG, elles remplissent trois des quatre attendus : le critère environnemental (l'équipe se déplace en intra et extrahospitalier), celui d'efficacité (vision globale et pluridisciplinaire enrichit la prise en charge) et le critère financier (gratuité). Nous estimons que le critère temporel n'est pas rempli car il persiste un délai entre la demande et l'action mise en place. Concernant la télé-ergothérapie, il semblerait qu'elle permette d'améliorer la moitié des notions : le critère temporel (une situation simple peut se résoudre rapidement) et le critère environnemental (le thérapeute et le patient ne se déplacent pas). Les deux autres critères ne sont pas validés car pour la qualité tous les soins ne pas réalisables (passation bilan) et pour le critère financier il persiste une zone floue (ça dépend de si l'ergothérapeute réalise la consultation au nom d'une structure ou en libéral). Ainsi, au vu de ces éléments, nous pouvons dire que **ces deux interventions favorisent en partie l'accessibilité des soins d'ergothérapie.**

Le maintien à domicile des personnes âgées et ruralité, quant à lui, demande un accompagnement global de l'individu de type personne/environnement/activité, tout au long du processus de vieillissement (par exemple analyse des capacités individuelles, des ressources financières, de l'entourage...). Or, plus le vieillissement avance, plus il y a une perte des capacités et une perte d'autonomie rendant impossible le maintien au domicile. Ainsi, une amélioration de l'accès aux soins permettrait de proposer un suivi adapté retardant le départ du lieu de vie (soins adaptés à la personne, disponibles rapidement à l'endroit de son choix et peu coûteux) pour des raisons de santé (ça ne permet pas de régler les autres limites financières, d'isolement familial...). Ainsi, **l'amélioration de l'accès aux soins permet de favoriser en partie le maintien au domicile.**

*Question de recherche* : Comment favoriser dans les zones rurales françaises l'accès aux soins en ergothérapie pour les personnes âgées vivant à domicile, et ainsi favoriser leur maintien à domicile ?

En somme, au regard des deux conclusions précédentes il semblerait qu'une des réponses envisageables soit de **développer les EMG et la télé-ergothérapie**.

### **3. Apports personnels et professionnels**

Ce travail a su faire émerger de nombreux apports personnels et professionnels. Tout d'abord d'un point de vue personnel, la création de ce mémoire a été un véritable apprentissage. En effet, nous avons rarement l'occasion de rendre un travail aussi conséquent et de nous projeter sur un projet d'aussi longue haleine. Par ailleurs, je suis ravie d'avoir pu travailler sur des prises en charge qui m'étaient inconnues avant ma recherche bibliographique. Je suis d'autant plus fière de ce travail d'analyse, du fait que ce sont deux interventions qui ne sont pas évoquées dans notre parcours scolaire à l'IFE de Toulouse. Ce travail a également sincèrement enrichi ma pratique professionnelle et ma vision de l'accompagnement en ergothérapie des personnes âgées et des habitants des zones rurales. D'ailleurs, j'espère avoir l'occasion d'utiliser ces savoirs à bon escient au sein de mon futur poste. J'ai aussi beaucoup apprécié de pouvoir recréer du lien en interviewant mes anciens tuteurs de stages, qui je l'espère deviendront de futurs collègues. Au niveau professionnel, j'apprécie le fait d'avoir fait découvrir aux quatre ergothérapeutes la télé-ergothérapie, et d'avoir pu faire découvrir à certains l'existence d'une EMG dans leur secteur. Pour finir, je suis ravie d'entendre de leur part que ces deux interventions méritent d'être plus connues, notamment dans un but de permettre le développement de l'ergothérapie et faciliter son accès auprès des personnes âgées.

### **4. Limites et biais rencontrés durant l'étude**

La réalisation de cette analyse, malgré des précautions préalables, est soumise à un certain nombre de biais. Le premier biais porte sur le nombre d'ergothérapeutes interrogés qui ne permet pas de prouver que les résultats obtenus correspondent à la réalité. L'utilisation d'un questionnaire touchant un plus grand nombre de participants serait à réaliser pour approfondir les données recueillies. De plus, concernant le choix des interviewés, l'âge d'obtention du diplôme (d'une trentaine à une quinzaine d'années) ne permet pas d'obtenir des visions de jeunes diplômés, qui pourraient être plus tentés par l'utilisation des nouvelles technologies (cf la connaissance de la télé-ergothérapie). Pour continuer sur le choix des ergothérapeutes, c'est finalement dommage de ne pas avoir eu une personne qui pratique la télé-ergothérapie pour

permettre de creuser cette intervention, comme nous avons pu le faire avec l'EMG durant l'entretien de E3 (même si au final, l'EMG où travaille ce dernier est atypique en étant en extrahospitalier). De plus, le choix d'intégrer E4 au panel des ergothérapeutes, alors qu'il ne prend plus en charge actuellement de façon quotidienne des personnes âgées vivant à domicile, est finalement discutable (ne travaille plus en Unité d'Evaluation Gérontologique (UEG) depuis longtemps). En effet, ce dernier a fait des réponses plus générales et avec une vision plus macroscopique que ces collègues, car sa pratique n'est plus à jour vis-à-vis de cette patientèle. Par ailleurs, concernant la réalisation en elle-même des entretiens, il existe également des biais : la passation de l'entretien de E3 en visioconférence varie des trois autres / les moments accordés aux entretiens n'étaient pas forcément les plus facilitateurs (interruption par des collègues durant les entretiens de E1 et E4) /... Pour finir, l'ordre des questions dans le guide d'entretien peut avoir influencé les réponses des participants.

## **5. Ouverture – Autres interventions favorisant l'accès aux soins d'ergothérapie**

Lors du choix du thème de ce mémoire, nous avons décidé de nous intéresser aux EMG et à la télé-ergothérapie car ces deux interventions semblent se compléter. Toutefois, il existe bien évidemment d'autres interventions qui peuvent impacter l'accès des soins en ergothérapie. Ainsi selon les répondants, il serait dans un premier temps bénéfique d'intégrer un ergothérapeute au sein de diverses structures pour proposer un accompagnement plus complet : les SSIAD (E1, E2), les associations d'aidants à domicile (E1, E4), les organismes d'aménagements du logement (E2), les maisons de santé (E2), les CLIC (E2, E3, E4), les CICAT (E1, E2), les ESA (E2), les EMG (E3), les HAD (E3) et les hôpitaux de jour (E3). Ils préconisent également de les faire intervenir en prévention auprès des mutuelles, des caisses de retraites (E2), des DAC (E2, E3, E4) et de réaliser des partenariats avec des médecins généralistes (E2). Selon eux, l'ajout des ergothérapeutes au sein des prises en charge fournies par tous ces acteurs serait bénéfique pour le développement et la connaissance de l'ergothérapie (E2), pour les patients et pour les professionnels. Par ailleurs, ils préconisent également de développer l'ergothérapie hors des structures sanitaires. Ainsi, tous les répondants sont d'accord sur le fait qu'il devient nécessaire de développer les accompagnements en libéral. Pour y parvenir il faudrait selon eux prendre en charge le remboursement des soins par la sécurité sociale (E1, E3), ce qui amènerait une plus grande diversité de patientèle (E1), et à voir les patients plus tôt dans leurs parcours de soins (E3). Cette mesure n'est pas encore d'actualité mais les politiques de santé encouragent le libéralisme (E2), notamment dans le but de désengorger les hôpitaux (E1). Par ailleurs, si le libéralisme tend à s'étendre, il faudrait permettre un meilleur lien entre l'hôpital et les cabinets libéraux, afin d'avoir un meilleur suivi des informations et de permettre un accompagnement

plus efficace. Du point de vue de la pratique ergothérapique certains ergothérapeutes pensent également qu'il faut développer la vision occupationnelle de notre métier en utilisant des outils normés, tels que CO-OP, COTID et l'OTIPM (E2, E3). Les ergothérapeutes plus anciens ne mentionnent pas cette requête, mais ils alertent cependant sur l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans une équipe pour modifier la vision pathologie-centrée qui persiste dans les soins et permettre une vision plus englobante (E1, E4). A une échelle plus macroscopique, E2 et E4 proposent également de revoir notre système de santé. En effet, E2 alerte sur la faiblesse des moyens médicaux en ruralité, alors que les politiques tendent à favoriser l'implantation des structures en ville. Quant à E4, il souhaiterait que nous revoyions le système de cotation des actes, que la sécurité sociale instaure des plans de prévention nationale et que chaque professionnel travaille en collectif comme dans les RAI en Suisse (rend le patient acteur de sa prise en charge, améliore les transmissions, permet un rétrocontrôle des actions menées...).

## ----- CONCLUSION -----

En France, il existe des inégalités en santé, et notamment des difficultés d'accès aux soins. Ces complications d'accès aux soins touchent tous les secteurs, et notamment celui des soins en ergothérapie. Certains publics sont plus à risque d'être confrontés à des difficultés d'accessibilité aux soins. Dans ce mémoire, le choix des personnes âgées vivant à domicile en zone rurale a été fait, car elles sont soumises à des risques de perte d'autonomie, et ainsi à une impossibilité de vivre de façon pérenne chez elles. Pour agir ultérieurement sur les mécanismes impactant l'accessibilité aux soins d'ergothérapie chez cette population, la question suivante a été posée : « comment favoriser dans les zones rurales françaises l'accès aux soins en ergothérapie pour les personnes âgées vivant à domicile, et ainsi favoriser leur maintien à domicile ? ». Après une recherche théorique le choix s'est porté sur les équipes mobiles de gériatrie et la télé-ergothérapie. La confrontation de ces concepts avec la réalité du terrain a été faite grâce à la passation d'entretiens auprès d'ergothérapeutes travaillant avec le public cible. Les résultats obtenus montrent que ces deux interventions, malgré leurs propres limites, favorisent en partie l'accessibilité des soins d'ergothérapie pour les aînés domiciliés en ruralité. Ces interventions méritent d'être développées dans nos futures pratiques afin de démocratiser les soins d'ergothérapie. Toutefois, d'autres actions sont à analyser pour favoriser l'accès à l'ergothérapie.

*« Les difficultés d'accès aux soins doivent être mieux comprises. Il est important toutefois de connaître les limites de ces actions en sachant qu'elles ne peuvent à elles seules réduire les inégalités de santé » (Chambaud, 2018).*

## ----- REFERENCES -----

- AFEG. (s. d.). *Fiche de poste : Ergothérapeute DE au sein d'une EMG*.  
[http://afeg.asso.fr/index\\_htm\\_files/Fiche%20de%20poste%20afeg%204%20ergotherapeute%20en%20EMG.pdf](http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%20de%20poste%20afeg%204%20ergotherapeute%20en%20EMG.pdf)
- AFEG. (2020). *Proposition AFEG ANFE Dépendance post Covid*.  
[http://afeg.asso.fr/index\\_htm\\_files/Proposition%20AFEG%20ANFE%20Dependance%20post%20Covid.pdf](http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Proposition%20AFEG%20ANFE%20Dependance%20post%20Covid.pdf)
- ANFE (2014). *Image précise de l'exercice des ergothérapeutes sur le territoire – Situation au 1er janvier 2015*. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/ANFE-CATEL-Enquete\\_nationale\\_ergos-Rapport\\_final-VF-230415.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/ANFE-CATEL-Enquete_nationale_ergos-Rapport_final-VF-230415.pdf)
- ANFE. (2017). *L'ergothérapie aujourd'hui en France : 10 propositions pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française*. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/ANFE\\_Dossier-professionnel\\_Lergotherapie-aujourd'hui-en-France\\_Mars-2017.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/ANFE_Dossier-professionnel_Lergotherapie-aujourd'hui-en-France_Mars-2017.pdf)
- ANFE. (2020). *Le recours au télésoin en ergothérapie pendant la période de confinement [Diapositives]*. Les webinaires de l'ANFE. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Webinaire\\_telesoin\\_ergo\\_Covid19.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Webinaire_telesoin_ergo_Covid19.pdf)
- ANFE. (2021). *La profession d'ergothérapeute*. <https://anfe.fr/la-profession/>
- ARS. (2017). *Equipes Mobiles Réadaptation / Réinsertion Ile-de-France*.  
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/24129/download?inline>
- Blomqvist, M. (2016). The concept of environment according to occupational therapy-an architectural point of view.
- Bresson, P. (2015). *L'exercice libéral de l'ergothérapie auprès de nos Aînés* [Mémoire d'initiation à la recherche]. Institut inter régional de formation en ergothérapie Mulhouse.
- Cason, J. (2014). Telehealth: A rapidly developing service delivery model for occupational therapy. *International journal of telerehabilitation*, 6(1), 29.
- Cason, J., & Brannon, J. A. (2011). Telehealth regulatory and legal considerations: Frequently asked questions. *International Journal of Telerehabilitation*, 3(2), 15.
- Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : éléments de cadrage. *Regards*, (1), 19-28
- Couturier, P., Tranchant, L., Lanièce, I., Morin, T., Gromier, A., Sala, C., & Lô-Strauss, B. (2008). Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). *Ann Gerontol*, 1(1), 17-26
- D'Alessandro, C., Levy, D., & Regnier, T. (2021). *La France et ses territoires : Une nouvelle*



- définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations.* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>
- DGOS. (2021). *INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.* [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction\\_dgos-dgcs\\_2021\\_233\\_du\\_19\\_nov\\_2021\\_relative\\_aux\\_interventions\\_des\\_emg\\_sur\\_les\\_lieux\\_de\\_vie\\_des\\_personnes\\_agees.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos-dgcs_2021_233_du_19_nov_2021_relative_aux_interventions_des_emg_sur_les_lieux_de_vie_des_personnes_agees.pdf)
- Douthit, N., Kiv, S., Dwolatzky, T., & Biswas, S. (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public health, 129*(6), 611-620.
- Driessen. (s. d.). *Le rôle des ergothérapeutes en EMG en Ile de France.* <https://slidetodoc.com/le-rle-des-ergothrapeutes-en-emg-en-ile-3/>
- HAS. (2013). *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)
- HAS. (2014). *Axe : Projet de santé et accès aux soins.* [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins7](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins7)
- HAS. (2021a). *Qualité et sécurité du télésoin : Bonnes pratiques pour la mise en œuvre.* [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/qualite\\_et\\_securite\\_du\\_telesoin\\_-\\_criteres\\_deligibilite\\_et\\_bonnes\\_pratiques\\_pour\\_la\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_-\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/qualite_et_securite_du_telesoin_-_criteres_deligibilite_et_bonnes_pratiques_pour_la_mise_en_oeuvre_-_rapport_delaboration.pdf)
- HAS. (2021b). *Consulter et se faire soigner à distance : Téléconsultation & télésoin.* [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/has\\_fiche\\_teleconsultation-telesoin.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/has_fiche_teleconsultation-telesoin.pdf)
- Hassenteufel, P., Schweyer, F. X., Gerlinger, T., & Reiter, R. (2020). “Medical deserts” as levers for reorganizing primary care. Comparing France and Germany. *Revue française des affaires sociales, (1)*, 33-56.
- INSEE. (2019). *France, portrait social Edition 2019 : Seniors.* Consulté le 23 avril 2023, à l’adresse [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#graphique-figure1\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#graphique-figure1_radio1)
- INSEE. (2022). *Indicateurs de richesse nationale : Espérance de vie en bonne santé.* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778#consulter>
- Kivits, J., & Voléry, I. (2015). Représentations de l’offre de soins et de la répartition des professionnels de santé en zones rurales lorraines dites «isolées» et «déficitaires en soins de premiers recours: Etat des lieux et perspectives

- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Maillage94. (2018). *Équipe Mobile de Gériatrie (EMG)*. [https://maillage94.sante-idf.fr/files/live/sites/maillage94/files/PDF/Qui\\_fait\\_quoi/20210415/Equipe%20Mobile%20de%20G%C3%A9riatrie%20\(EMG\).pdf](https://maillage94.sante-idf.fr/files/live/sites/maillage94/files/PDF/Qui_fait_quoi/20210415/Equipe%20Mobile%20de%20G%C3%A9riatrie%20(EMG).pdf)
- Mathieu-Fritz, A., Smadja, D., Espinoza, P., & Esterle, L. (2012). Télémédecine et gériatrie. *Gérontologie et société*, 35(141)(2), 117-127.
- Matichuk, N., Boniface, G., & Smith, L. (2016). Forum de l'ACE sur une question professionnelle: «Vous travaillez où? Pourquoi?» Les réalités de la pratique de l'ergothérapie en région rurale ou éloignée. *Actualités ergothérapeutiques*, 18(4), 9-11.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative research: rigour and qualitative research. *Bmj*, 311(6997), 109-112.
- McAuliffe, T., & Barnett, F. (2009). Factors influencing occupational therapy students' perceptions of rural and remote practice. *Rural and Remote Health*, 9(1), 1-12.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2021). *Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? – Ministère de la Santé et de la Prévention*. <https://sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
- Ministère de la Santé et des Sports. (2008). *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière : Monographie d'ergothérapeute*. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie\\_ergotherapeute.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie_ergotherapeute.pdf)
- Monjeot, A. (2020). *L'impact de l'environnement des services d'ergothérapie sur l'engagement thérapeutique des patients*. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/MONJEOT-ENGAGEMENTTHERAPEUTIQUE.ERGOTHERAPIE.ENVIRONNEMENTDESSERVICES.MISESENSITUATION.OCCUPATION\\_f14b2255628fb8a5ba4cbf6eac491efd-032f5455.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/MONJEOT-ENGAGEMENTTHERAPEUTIQUE.ERGOTHERAPIE.ENVIRONNEMENTDESSERVICES.MISESENSITUATION.OCCUPATION_f14b2255628fb8a5ba4cbf6eac491efd-032f5455.pdf)
- Morel, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- MSHLorraine. (2014). *Se soigner en zones rurales lorraines : lancement du projet MEDICAMP*. <https://mshl.hypotheses.org/295>
- Muldoon, N. (2017). Overcoming frailty: Evaluating the role of an occupational therapist on a Frail Elderly Team. In *Age and Ageing* (Vol. 46). Great Clarendon St, Oxford OX2 6DP, England : Oxford Univ Press
- Nelson, K. S., Nguyen, T. D., Brownstein, N. A., Garcia, D., Walker, H. C., Watson, J. T., &

- Xin, A. (2021). Definitions, measures, and uses of rurality: A systematic review of the empirical and quantitative literature. *Journal of rural studies*, 82, 351-365.
- OEQ. (2013). L'intervention ergothérapique à distance.  
[https://www.oeq.org/DATA/ARTICLESPECIAL/7~v~2013\\_intervention\\_ergotherapique\\_a\\_distance.pdf](https://www.oeq.org/DATA/ARTICLESPECIAL/7~v~2013_intervention_ergotherapique_a_distance.pdf)
- OMS. (1985). Constitution de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/36852>
- OMS. (2022a). Vieillesse et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- OMS (2022b). *Santé et droits de l'homme*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health>
- Peron, A. (2018). *Equipe Mobile : Rôle et organisation*.  
[https://www.crftc.org/images/CRFTC\\_AVC\\_Equipe\\_mobile\\_r%C3%B4le\\_organisation\\_A\\_PERON\\_08032018.pdf](https://www.crftc.org/images/CRFTC_AVC_Equipe_mobile_r%C3%B4le_organisation_A_PERON_08032018.pdf)
- Pidgeon, F. (2015). Occupational therapy: what does this look like practised in very remote Indigenous areas?. *Rural and remote health*, 15(2), 204-210.
- Roots, R. K., Brown, H., Bainbridge, L., & Li, L. C. (2014). Rural rehabilitation practice: perspectives of occupational therapists and physical therapists in British Columbia, Canada. *Rural and remote health*, 14(1), 55-70.
- Rousseau, A.-C., & Bastianelli, J.-P. (2005). *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*. [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/054000454.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/054000454.pdf)
- SFSD. (2021). *Le télésoin au cœur de l'innovation des parcours en santé* [Communiqué de presse]. [https://sfsd.fr/wp-content/uploads/2022/10/livre-blanc\\_-\\_v3\\_-\\_complet\\_-\\_02-07\\_-\\_final\\_-\\_version\\_web.pdf](https://sfsd.fr/wp-content/uploads/2022/10/livre-blanc_-_v3_-_complet_-_02-07_-_final_-_version_web.pdf)
- Sisson, A. (2012). Définir la pratique en milieu rural et en milieu éloigné. *Actualités ergothérapiques*, 14(6), 10-12.
- Sounda, L. L. (2018). *L'accès aux soins au Gabon: écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé* (Doctoral dissertation, Université de Lorraine).
- Stefanacci, R. G. (2023). *Présentation du vieillissement*.  
<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillessement/pr%C3%A9sentation-du-vieillessement>
- Sueur, C. (2015). *90 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent encore chez elles*.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285396#titre-bloc-6>

- SYNFEL. (2020). *Le télésoin en ergothérapie* [Communiqué de presse]. <https://www.synfel-ergolib.fr/wp-content/uploads/2020/04/t%C3%A9l%C3%A9soin-ergoth%C3%A9rapie.pdf>
- Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques*. Groupe de Boeck.
- Valette, A. (2020). *La pratique de l'ergothérapie en télésoin*. <https://www.bloghoptoys.fr/la-pratique-de-lergothérapie-en-telesoin>
- Vergier, N., Chaput, H., & Lefebvre-Hoang, I. (2017). *Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ?* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
- Vidal, L. (2021). *Retour à domicile de la personne âgée fragile : quelles perspectives pour l'ergothérapeute en Occitanie ?* [Mémoire de fin d'études d'ergothérapie]. Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.
- Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 19(109), 30-38.
- WFOT. (2014). World Federation of Occupational Therapists' position statement on telehealth. *International journal of telerehabilitation*, 6(1), 37.

## ----- ANNEXES -----

<b>Annexe n°1 - Trame d'entretien.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe n°2 - Document vierge du consentement d'enregistrement .....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe n°3 - Feuilles de consentement complétées.....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe n°4 - Entretien E1.....</b>	<b>IX</b>
<b>Annexe n°5 - Entretien E2.....</b>	<b>XXVII</b>
<b>Annexe n°6 - Entretien E3.....</b>	<b>XLIII</b>
<b>Annexe n°7 - Entretien E4.....</b>	<b>LXI</b>
<b>Annexe n°8 - Analyse IRAMUTEQ.....</b>	<b>LXXVIII</b>
<b>Annexe n°9 - Analyse TROPES.....</b>	<b>LXXIX</b>
<b>Annexe n°10 - Trame permettant le recueil des données.....</b>	<b>LXXX</b>
<b>Annexe n°11 - Tableau récapitulatif des données recueillies.....</b>	<b>LXXXIII</b>
<b>Annexe n°12 – Analyse des données recueillies.....</b>	<b>CXXXIV</b>

## **Annexe n°1 - Trame d'entretien**

### Introduction :

Bonjour. Je m'appelle Julie Mouyssac et je suis actuellement étudiante en troisième et dernière année de formation au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Dans le cadre de la validation de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès d'ergothérapeutes.

Mon mémoire porte sur l'accès des soins d'ergothérapie auprès d'un public de personnes âgées vivant encore au domicile et habitant en zone rurale. L'entretien que nous allons effectuer durera approximativement 45 min et a pour but de comprendre comment en tant qu'ergothérapeute nous pouvons faciliter l'accès de nos actes auprès de cette population.

Dans un premier temps, je vous poserais des questions sur votre cadre professionnel, puis sur la ruralité, puis sur le public des personnes âgées et pour finir je vous poserais des questions sur certaines interventions.

Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

### Questions de présentation sur le professionnel :

- 1) Pour commencer, pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?

---

---

- 2) Quelles sont vos missions ?

---

---

### Questions sur le milieu rural :

- 3) Exerçant actuellement en milieu rural, pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux d'y travailler ?

---

---

- 4) Comment avez-vous adapté votre pratique en ergothérapie à un environnement rural ?

---

---

Question sur le vieillissement :

- 5) Etant amené parfois à travailler auprès de personnes âgées, pouvez-vous me dire quels sont les risques principaux du vieillissement ?

---

---

- 6) Comment avez-vous adapté votre pratique en ergothérapie aux personnes âgées ?

---

---

Questions sur l'intervention ergothérapique :

- 7) Pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux de vieillir en milieu rural ?

---

---

- 8) Quels dispositifs existent selon vous actuellement pour proposer une prise en charge ergothérapique aux personnes âgées vivant en zone rurale ?

---

---

- 9) Pouvez-vous me décrire, en prenant un exemple concret, le déroulé d'une de vos interventions qui illustrerait le mieux la prise en charge ergothérapique des personnes âgées vivant en zone rurale ?

---

---

- 10) Dans un monde parfait : quel dispositif serait à mettre en place pour permettre un meilleur accès aux soins d'ergothérapie aux personnes âgées vivant en milieu rural ?

---

---

- 11) Connaissez-vous le travail des EMG ?

- 11a) Si oui pouvez-vous me l'expliquer ?
- 11b) Si non pouvez-vous verbaliser ce que vous en imaginez ?

---

---

12) Pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux des EMG ?

---

---

13) Connaissez-vous la télé-ergothérapie ?

- 13a) Si oui pouvez-vous me l'expliquer ?
  - 13b) Si non pouvez-vous verbaliser ce que vous en imaginez ?
- 
- 

14) Pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux de la télé-ergothérapie ?

---

---



## **Annexe n°2 - Document vierge du consentement d'enregistrement**

### **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 la prise en charge ergothérapique des personnes âgées vivant en milieu rural. Cette recherche est menée par Julie MOUYSSAC, étudiante en 3ème 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 Julie MOUYSSAC 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 :

## Annexe n°3 – Feuilles de consentement complétées

Annexe n°2 - Document vierge du consentement d'enregistrement

### 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 la prise en charge ergothérapique des personnes âgées vivant en milieu rural. Cette recherche est menée par Julie MOUYSSAC, étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. Dans ce cadre, un consentement écrit permettant l'enregistrement audio des entretiens est nécessaire.

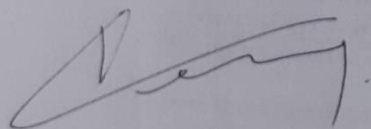
Autorisation :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Autorise l'étudiante Julie MOUYSSAC 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 : Hôpital St Louis (service d'Ergothérapie)  
13/3/23

Signature :



## Annexe n°2 - Document vierge du consentement d'enregistrement

### **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 la prise en charge ergothérapique des personnes âgées vivant en milieu rural. Cette recherche est menée par Julie MOUYSSAC, étudiante en 3ème 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 Julie MOUYSSAC 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 : Mercus , le 16.03.23

Signature :

*Almi Lbina*

Annexe n°2 - Document vierge du consentement d'enregistrement

**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 la prise en charge ergothérapique des personnes âgées vivant en milieu rural. Cette recherche est menée par Julie MOUYSSAC, étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. Dans ce cadre, un consentement écrit permettant l'enregistrement audio des entretiens est nécessaire.

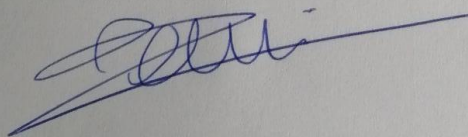
Autorisation :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Autorise l'étudiante Julie MOUYSSAC 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 : 17.03.23

Signature :



## Annexe n°2 - Document vierge du consentement d'enregistrement

### **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 la prise en charge ergothérapique des personnes âgées vivant en milieu rural. Cette recherche est menée par Julie MOUYSSAC, étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. Dans ce cadre, un consentement écrit permettant l'enregistrement audio des entretiens est nécessaire.

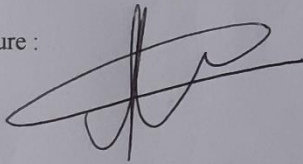
#### Autorisation :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Autorise l'étudiante Julie MOUYSSAC 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 : Pamiers 17/01/23.

Signature :



## Annexe n°4 - Entretien E1

Pour tous les entretiens :

- J représente Julie MOUYSSAC (étudiante ergothérapeute)
- E représente l'ergothérapeute interrogé durant l'entretien.

J – Bonjour. Je m'appelle Julie Mouyssac et je suis actuellement étudiante en troisième et dernière année de formation au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Dans le cadre de la validation de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès d'ergothérapeutes. Mon mémoire porte sur l'accès des soins d'ergothérapie auprès d'un public de personnes âgées vivant encore au domicile et habitant en zone rurale. L'entretien que nous allons effectuer durera approximativement 45 min et a pour but de comprendre comment en tant qu'ergothérapeute nous pouvons faciliter l'accès de nos actes auprès de cette population. Dans un premier temps je vous poserais des questions sur votre cadre professionnel, puis sur la ruralité, puis sur le public des personnes âgées et pour finir je vous poserais des questions sur certaines interventions. Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

E – Non, non.

J – Très bien. Alors pour commencer pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

E – Oui, oui. Je suis Mme. DM. Je suis ergothérapeute depuis trente et quelques années. Je suis diplômée de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Montpellier. Je travaille à l'hôpital de \*\* depuis 1990. Tout le long de ces années-là j'ai fait différentes formations : sur la rééducation des fonctions supérieures, sur l'adaptation du logement...J'ai également passé le PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique), donc je suis formatrice PRAP. Et j'ai également un DU (Diplôme Universitaire) d'expertise de réparation des dommages corporels. Voilà.

J – D'accord merci pour cette présentation. Et pour votre année de diplôme s'il vous plaît ?

E – Alors mon année de diplôme c'était en 90. Donc j'ai fait trente-trois ans sur l'hôpital.

J – Très bien. Actuellement quelles sont vos missions ?

E – Ma mission c'est de prendre en charge les patients qui sont hospitalisés ici au niveau des services locomoteur A, B et polyvalent. En général, c'est une population adulte, voir personnes âgées. Je les vois pour des prises en charges. Donc on a de la neuro, beaucoup d'orthopédie, de la ré-autonomisation des fois, des polyopathologies... Donc le but c'est de leur redonner leur

autonomie en travaillant sur les incapacités qu'ils présentent, puis ensuite préparer le retour à la maison, faire des visites à domicile, poser des préconisations d'adaptation du logement, voir du matériel... Je fais également appel à des fournisseurs de matériel pour faire des essais ici et au domicile. Voilà en gros... Ensuite j'anime un groupe de PRAP pour la prévention des risques au travail avec mes collègues. Hum voilà en gros. Ah et puis je fais partie de certaines instances aussi dans l'hôpital, dont la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique) et le conseil médical de l'établissement. Voilà et là on est en train d'essayer de mettre en place tous les groupes de travail pour la prochaine certification, et dont je serai très certainement amenée à animer un des groupes.

J – D'accord. Avez-vous aussi des missions hors hôpital ?

E – Alors avec l'autorisation de la direction j'interviens auprès du SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), notamment celui de \*\*\*\*\*. Donc je suis missionnée pour évaluer chaque bénéficiaire entrant et prit en charge au niveau du SSIAD. Donc visite à domicile, évaluation du risque de chute et préconisation. Voilà j'interviens aussi auprès de AriègeAssistance sur leur demande pour former certaines équipes à l'utilisation des aides techniques de transfert.

J - Très bien parfait. Maintenant que je vois un petit peu plus globalement quelles sont vos prises en charge, je vais vous poser quelques questions concernant le milieu rural pour entrer un peu plus dans mon questionnement. Donc, exerçant actuellement en milieu rural, pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux d'y travailler ?

E - Mais sur quel plan en milieu rural ? Sur le fait de prendre en charge les personnes, sur la facilité d'accès aux soins, ou sur moi en tant que personne ?

J – Vous pouvez développer les trois.

E - Ben en milieu rural déjà en tant que personne moi je préfère habiter à la campagne plutôt qu'en ville parce que la ville pour moi ce n'est pas possible. Donc ensuite les gens sont quand même globalement moins stressés. Bon on se connaît tous parce que l'hôpital a une dimension tout à fait humaine, donc il y a quand même un côté très familial entre tout le personnel, et puis il se répercute également sur la prise en charge des patients qui apprécient beaucoup. Ensuite le milieu rural par rapport à la prise en charge des gens, là je pense qu'il y a quand même une problématique sur le fait que les gens ne savent pas ce que c'est que l'ergothérapie, et puis que l'habitat rural en Ariège... J'avais fait justement une analyse qualitative demandée par Monsieur G le directeur d'AriègeAssistance là-dessus, et c'est vrai que j'avais vraiment mis en rapport les problématiques du maintien à domicile avec la qualité de l'habitat, et le fait qu'en

EHPAD il y a pas assez de place pour accueillir toutes les personnes qui ne peuvent pas être maintenues à domicile du fait de l'architecture de leur habitat et puis du manque de fonds pour pouvoir adapter leur habitat. Voilà donc ouais la prise en charge des patients sur les retours à domicile pour les personnes âgées ce n'est pas toujours évident à cause de cet habitat... Et puis le fait d'être reculé, le fait d'avoir accès aux soins, le manque de médecins, le manque d'infirmiers. Voilà.

J – Donc pour vous le maintien à domicile c'est quelque chose de compliqué ?

E – Oui, ça le devient. Il y a le SSIAD mais il ne peut pas répondre... Sur \*\*\*\*\* je crois qu'il ne pouvait, avant qu'il y ait confinements et tous les arrêts maladies, accueillir que 14 personnes.

J - Très bien. Et vous en tant qu'ergothérapeute comment est-ce que vous avez réussi à adapter votre pratique en ergothérapie à cet environnement rural ?

E - Ben en essayant de trouver des fournisseurs qui seraient quand même assez proches des gens, déjà, pour mettre en place du matériel... Et qui fassent à un suivi. Parce qu'il ne s'agit pas juste de poser le matériel. Il faut quand même qu'il y ait un suivi. Et puis indirectement en formant donc les équipes d'AriègeAssistance, s'il y a des soins fait par eux, sur l'utilisation des aides techniques. Et puis essayer de briefier au maximum les familles quand c'est possible.

J – Donc c'est en priorité de la formation ?

E - Oui beaucoup de formation. Parce que bon la personne on la rééduque comme on peut. On essaie de de lui faire récupérer tout ce qu'elle peut récupérer, et malgré tout des fois la personne âgée... Bon ben il y a l'âge qui est là, et donc on reste des fois sur des limitations.

J - Tout à fait. D'ailleurs par rapport à l'âge, étant amenée parfois à travailler donc auprès de personnes âgées, pouvez-vous me dire quels sont les risques principaux du vieillissement ?

E - La dépression. Se voir perdre ses capacités et en être très conscient. Les risques de chute évidemment. Je dirais presque le fait d'être dans le déni de la perte des capacités, ce qui augmente le risque de chute. La perte d'autonomie.

J - La perte d'autonomie qu'est-ce que c'est pour vous ? Pourquoi telle personne ne serait plus ou moins à risque qu'une autre ?

E - Bah tout dépendra des capacités physiques. Une personne qui a eu un boulot difficile, forcément avec une polyarthrose, des douleurs et tout, ça limite. Et puis niveau problématique si les gens vivant en Ariège, justement vivent dans une partie éloignée et s'ils n'ont pas la



capacité à conduire, et bien ils sont encore plus isolés. Le fait de vivre en montagne ça demande à se déplacer.

J – Et vous en tant qu’ergothérapeute comment est-ce que vous avez réussi à adapter votre pratique aux personnes âgées ?

E – Ben c’est de faire de la prévention des chutes, et voir en collaboration avec ma collègue assistante sociale, quelles aides humaines on peut mettre en place pour permettre un maintien à domicile... Et puis une vie correcte à domicile ! Parce qu’il est tout à fait normal qu’une personne veuille rester chez elle et y mourir si c’est possible.

J - D’accord très bien. Je comprends très bien votre point de vue. Pour compléter notre échange pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux de vieillir en milieu rural ?

E - Alors je ne vois pas s’il y a un avantage ou pas, mais en tout cas quand on naît quelque part on souhaite y rester. En général on aime son milieu, donc avantage ou inconvénient, ben on aime l’endroit où on naît, où on a choisi de s’établir. Mais le fait que ce soit un milieu rural, le problème c’est pour l’accessibilité à tout : que ce soit pour aller faire ses courses, que ce soit pour accéder aux soins... Puisque qui dit personnes âgées, dit nécessité de soins voilà. Et puis voir s’il y a des aidants possibles à domicile.

J - D’accord. Et quels dispositifs existent selon vous actuellement pour proposer une prise en charge ergothérapeutique aux personnes âgées vivant en zone rurale ?

E - Alors en libéral il n’y a pas grand-chose. Puis sinon c’est surtout hospitalier, mais hospitalier il n’y a pas non plus grand-chose. Donc il y a ici à \*\* pour de la rééducation, mais ça ne concerne que les gens qui sont hospitalisés. Ensuite en libéral j’ai une collègue mais je ne sais pas dans quel cadre elle intervient, ni quels sont ses champs d’action, ni puis financièrement comment elle se fait payer aussi parce qu’il faut arriver à en vivre. Ici il y a très peu d’ergos en libéral ou alors y en a mais beaucoup qui ne s’intéressent qu’aux enfants et pas aux personnes âgées. Donc c’est très difficile de faire de l’ergothérapie libérale orientée sur la personne âgée, puisque je m’y étais attelé avec ma collègue libérale de \*\*\*\*\*, Mme L, mais le projet qu’on avait essayé de monter ensemble n’a pas abouti. On avait été voir des personnes sur le conseil général, mais ils ne nous ont pas suivis. Ils nous renvoyaient en permanence vers la même personne qui elle collecte les fonds (c’est une infirmière libérale et qui chapeaute tout le secteur de Tarascon). Donc ça ne laissait pas beaucoup de portes d’entrée, donc on a laissé tomber voilà. Parce que bon j’ai déjà pas mal de travail sur \*\*, et je ne vais pas me charger de ça en plus.

J - Et quel était ce projet exactement ?

E - Ben de faire comme un CICAT (Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques). Un endroit où les personnes en perte de capacité pouvaient venir tester les aides techniques, voir si ça correspondait à leurs besoins et quitte à les essayer à la maison. On avait aussi lancé l'idée éventuellement d'avoir comme un minibus pour faire des tours un petit peu partout pour présenter ça et faire tester aux gens. Mais ça demandait des fonds et ça n'a pas été suivi.

J – Et ce projet pouvait se faire en libéral et pas forcément chapeauté par une structure ?

E - Ben voilà quand on a vu tous les moyens que ça demandait, on a on a laissé tomber. L'idée serait pas mal mais ça serait d'avoir un local dans Tarascon, par exemple, pour centraliser. Et donc les gens pourraient venir tester... mais non ça n'a pas été suivi.

J - Après ce projet resterait sur l'environnement de la Haute-Ariège du coup ?

E - Euh ouais secteur Tarascon, parce que le secteur de Tarascon est quand même un bassin qui regroupe pas mal de communes. Mais bon y a déjà plein de projets sur ce bassin, comme les « 1000 pattes ». C'est très intéressant d'ailleurs.

J- Qu'est-ce que c'est les « 1000 pattes » ?

E - C'est un groupe de gens qui ont décidé de marcher suite à des problèmes de santé, comme des insuffisances cardiaques, de la reprise d'activité, etc. Et donc il y a des circuits de balades qui ont été étudiés avec des niveaux différents et qui permettent comme ça de maintenir les capacités. Alors je sais qu'il y en a plein dans \*\*\*\*\* avec des niveaux de difficultés différents par exemple. Donc quand on se balade autour d'\*\*\*\*\* on tombe sur des parcours fléchés qui sont censés stimuler les gens à la reprise de la marche.

J – Et c'est à l'initiative d'une association ?

E - Alors je sais que ça passe par \*\*\*\*\* et que c'est chapeauté notamment par l'infirmière dont je parlais tout à l'heure.

J - D'accord, mais pas d'ergothérapeute dans ce projet-là ?

E – Il n'y a pas d'ergo non, mais il y a une psychomotricienne qui a pu aboutir à avoir des subventions pour aider les gens à maintenir leur autonomie à domicile (pour l'élaboration des repas, des choses comme ça).

J – D'accord merci. Vous en avez déjà un peu parlé avec ces exemples et le CICAT, mais en prenant un exemple concret est-ce que vous pouvez me décrire le déroulé d'une de vos interventions qui illustrerait le mieux la prise en charge ergothérapeutique des personnes âgées vivant en zone rurale ?

E - Là il n'y en a aucune qui me vient. Ah si une pour une dame qui avait un problème de prothèse de hanche. Elle était autonome avec sa prothèse de hanche, mais y a eu un souci car elle est tombée sur sa prothèse. Du coup elle s'est retrouvée sans appui ce qui a amené à une perte d'autonomie avec incapacité à la marche, et là c'était utilisation du fauteuil... Donc j'avais fait une visite à domicile et elle vit dans une maison de petit village avec escalier qui mène au premier étage. Elle avait déjà un monte escalier et elle avait besoin d'un passage très régulier dans la journée pour l'aider à aller aux toilettes. Là il y avait une mise en place avec la fille, qui était très aidante, de verticalisateur électrique, et puis des passages réguliers aussi d'aidants. Également mise en place de kiné pour essayer de maintenir cette dame à la maison, puisqu'elle voulait rentrer chez elle et pas aller en EHPAD.

J – Donc de ce que j'entends les interventions qu'on peut proposer ne sont pas forcément avec un aspect de prévention ?

E – Là effectivement non on n'était pas dans la prévention. On était surtout dans l'organisation et dans la pérennité du maintien à domicile par des aides humaines et techniques. Après pour un autre exemple d'intervention il y a ma dernière visite à domicile en date. C'était chez une personne qui est en risque de chute, avec des troubles cognitifs qui s'installent (un début de démence). Cette personne est veuve et elle vit toute seule depuis quelques années. Elle est très entourée par ses filles, dont deux qui vivent assez proches et qui ont la possibilité de passer régulièrement. Donc on a pris madame depuis l'hôpital et on est allé explorer un peu sa façon de se déplacer chez elle avec un rollator deux roues. Puis à partir de là on a observé madame dans les déplacements dans la maison, et on a essayé de dégager tous les espaces et tout ce qui pouvait encombrer le passage. On a essayé de rendre accessible la cuisine et les WC. On a préconisé d'enlever par exemple dans la douche, qui soi-disant est adaptée mais qui présente une marge de 14 cm, d'enlever la paroi vitrée pour un accès plus direct et pour faciliter la saisie de la barre d'appui. On a préconisé la pose de barres d'appui pour créer des appuis fixes. On a également préconisé de créer plus d'espaces dans la chambre pour le côté où elle se transfère sur lit, avec une amélioration de l'éclairage que ce soit dans la chambre ou ailleurs partout dans la maison avec un système de veilleuse qui s'éclairent au mouvement. Mise en place de la chaise percée à côté du lit et puis enlever les tapis, mettre des garde-corps aux portes fenêtres pour éviter la chute et rajouter des barres d'appui pour passer les trois marches d'entrée. Ensuite

aussi voir avec les filles donc comment organiser des visites à la maison régulièrement on fonction de comment madame évoluait. Et notamment aussi pour les premières nuits, voir comment ça se passait parce qu'ici madame a présenté quand même des états un petit peu confusionnels pendant la nuit. Donc voilà, tout ça pour soutenir ce projet de retour à domicile, qui est tout à fait normal au niveau de la demande d'une personne de retourner chez elle.

J – Et à quel moment dans le cas de cette dame ce ne sera plus pertinent qu'elle reste chez elle ?

E - Ca ne sera plus pertinent si franchement la nuit il y a une désorientation temporo-spatiale, ce qui augmente énormément les chutes si elle est déambulante. Et puis ce qui rendra impossible le maintien à la maison, c'est si elle retombe et qu'elle se fracture (puisque là elle a une prothèse intermédiaire de hanche suite à une chute à domicile). Donc s'il y a une incapacité à se déplacer toute seule forcément ça risque d'être un peu plus compliqué.

J - Parce que la problématique n'est liée qu'à l'incapacité de la personne ou elle est aussi en lien avec l'environnement de cette dernière qui n'est pas assez soutenant et sûr ?

E – Alors son environnement va être soutenant mais bon il faut voir... Après moi ce qui me gêne le plus c'est surtout la capacité cognitive.

J - Parce que selon vous est-ce que toutes les personnes âgées ont des déficits au niveau cognitif ?

E – Non, non, non.

J - Qu'est ce qui peut amener à ce qui est plus ou moins de déficit cognitif ?

E - Ben le fait d'être enfermé chez soi. L'isolement ça ne stimule pas vraiment, et puis la télé ça va deux minutes, mais ce qu'il faut c'est le relationnel avec les autres. Et après ce sont des personnes aussi des fois qui ne souhaitent pas avoir de contact avec l'extérieur, qui se replie complètement sur elle, et donc ça ça augmente encore plus le problème cognitif.

J - Ce serait lié à quoi cet enfermement ?

E - Ben à la souffrance de se voir vieillir. La souffrance aussi de l'image de soi par rapport aux autres. Et puis aussi cette perte inéluctable des capacités. Bien qu'elle ne soit pas voulue, qu'elle soit même refusée et qu'elle mette en colère c'est une perte inéluctable des capacités. C'est un peu le cercle vicieux.

J – Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce cercle vicieux ?

E - Ben ne pas s'apprécier. Commencer à être en colère contre soi. Ne pas arriver à se lever. Prendre des risques justement pour se prouver qu'on peut faire, alors qu'on ne peut pas, et puis tomber. Tomber, se faire mal et puis case départ.

J – D'accord. Est-ce que la prise de risque elle est toujours consciente ? Parce que là dans vos exemples c'est vraiment plutôt pour se prouver quelque chose...

E – Alors là oui mais c'est avec le déclin aussi des fonctions cognitives. Par exemple la dernière personne dont j'ai parlé elle est un peu dans le refus, et puis elle ne réalise pas. Elle se met toute seule en danger à vouloir faire les choses et à aller vite. Ne serait-ce que d'aller vite... Donc c'est pour ça qu'en tant qu'ergothérapeute il faut arriver à évaluer ça et à essayer de mettre ... Par exemple là dans la maison j'ai trouvé un fauteuil avec des accoudoirs, qui est quand même beaucoup plus confortable que les chaises que madame utilisait pour la prise des repas. On l'a testé sur le moment et puis madame a bien vu que c'était bien confortable. D'ailleurs elle était bien installée, bien tranquille... Et elle le verbalisait d'ailleurs qu'elle était contente de cette chaise. Du coup comme il y en avait une seconde, j'ai suggéré de peut-être l'installer dans la cuisine voilà. Et après par rapport à une personne, justement comme cette dame, qui serait peut-être opposante à certaines préconisations. On a vu avec ses filles d'enlever les portes des WC et de la cuisine qui présentent un trop gros débattement, et donc qui limitent la circulation. Mais là dans ce cas précis on ne passe pas trop par l'accord de Madame et on va on va squeezer un petit peu ça.

J – D'accord. Je me permets juste de revenir un peu sur ce cas. En effet, ici vous me racontez surtout une prise en charge par rapport à une personne âgée qui rentre à domicile, mais le fait qu'elle vive en zone rurale quel impact ça peut avoir sur notre prise en charge ?

E - Le fait de dire rural c'est de l'isolement. C'est l'accès aux soins. Moi je mets ça surtout là-dessus, parce que la maison en l'occurrence qu'on est allée voir c'est une maison qui est de plain-pied. Il y a trois marches d'accès pour arriver depuis le sol extérieur au sol de la maison, mais après tout est de plain-pied. Il n'y a pas d'escaliers dans la maison, donc ce n'est pas qu'une histoire d'habitat pas adapté. Le côté rural c'est par rapport à l'éloignement, et encore elle n'est pas si éloignée que ça puisque c'est sur le secteur où il y a le SSIAD. On va dire alors dans ce cas que c'est plus sur l'offre de prise en charge qui n'est peut-être pas assez conséquente par rapport aux demandes.

J – Qu'est-ce qui faudrait comme offre de prises en charge par exemple en ruralité ?

E - Développer un petit peu plus les SSIAD et peut-être tous les aidants à domicile. Bon après je sais ce que c'est que les aidants à domicile... Au SSIAD quand ils ont des petites voitures et

qu'ils doivent se déplacer, des fois il y a 45 min de route d'un bénéficiaire à l'autre, donc beaucoup de temps sur la route. Ils doivent aller vite sur la route, avec tous les risques que ça peut représenter. Donc voilà après c'est au responsable de secteur de faire des trajets qui soient cohérents. Mais quand il n'y a pas assez de personnel ou qu'il y en a qui sont en maladie, ben il faut continuer à assurer les prises en charge. Et en plus voilà il n'y a pas beaucoup de personnel qui se présente à la porte pour y travailler.

J – Je comprends tout à fait. Savez-vous combien de bénéficiaires les agents du SSIAD prennent en charge par jour et par agent ?

E - Non je ne le sais pas. Je ne le sais pas parce que là on est en zone rurale, et c'est ça le problème. On n'est pas en plaine, donc il y a pas mal de temps de route car tout est espacé.

J – Est-ce que selon vous ça a aussi un impact sur d'autres professionnels que ceux du SSIAD ? Par exemple en tant qu'ergothérapeute est-ce que ça a un impact ces temps de trajet long ?

E - Moi qui travaille dans une structure le seul impact c'est si je fais une visite à domicile. Il m'est arrivé, mais c'est très rare, d'aller jusqu'à Saint-Girons. Donc comme il y a trop de temps de route maintenant je ne fais pas les visites à domicile si ça dépasse une heure de route. Ce n'est vraiment pas possible une heure de route, c'est trop loin.

J – Concernant le transport du patient comment ça se passe ?

E - Je ne prends avec moi que les gens qui sont en capacité de marcher. Tous ceux qui sont en fauteuil roulant, s'ils ont des marches arriver chez eux ça ne sert à rien quoi. Sinon parfois j'y vais juste pour moi toute seule évaluer l'accessibilité et éventuellement préconiser des aides techniques.

J - Mais vous préférez quand même peut-être prendre le patient avec vous pour faire les mises en situation sur le lieu de vie ?

E – Oui c'est beaucoup plus parlant, mais des fois ce n'est pas possible.

J - D'accord, mais alors par exemple ces patients justement qui ne peuvent pas venir est-ce que le maintien à domicile est justifié comme projet de vie ?

E – Alors un maintien à domicile sera toujours justifiable. Maintenant est-ce qu'il est possible ? Ça c'est autre chose. Il est justifié dans le sens où la personne elle a le droit de vouloir revenir chez elle. Et puis même, il y a des fois où ça se fait malgré tout, mais bon après c'est aussi au risque de la personne.

J – D'accord. Je vais vous poser une question un peu plus globale et élargie. Si nous étions dans un monde parfait, quels dispositifs seraient à mettre en place pour permettre un meilleur accès aux soins d'ergothérapie aux personnes âgées vivant en milieu rural ?

E - Ah ben que l'ergothérapie soit prise en charge par la sécu. Première chose. Parce que déjà ça serait plus simple pour des ergos de s'installer et non pas de vivoter comme ils peuvent quand ils sont en libéral. Sachant qu'en Ariège on est dans une population vieillissante et que c'est quasiment le département le plus vieux de France. Donc voilà de l'ergo libéral je pense que c'est intéressant. Notamment parce que ça désengorgerait peut-être aussi les hôpitaux de toutes les complications des chutes. Voilà mais on ne peut pas mettre une ergo derrière chaque personne en libéral, et surtout pas derrière chaque personne vivant dans l'Ariège au fin fond de la campagne. Bon et puis l'ergo libérale elle fonctionne mieux en milieu urbain parce que les gens l'ont à proximité. Donc pour amener les enfants, parce que ça concernera essentiellement les enfants, les gens font l'effort. Mais ils ne font pas l'effort pour eux-mêmes ou pas pour les personnes âgées... Ça fonctionne mieux en ville, c'est sûr qu'en milieu rural.

J – Très bien. Mais pour revenir sur le moment où vous dites que les personnes âgées seraient moins amenées, est-ce que ce serait par rapport aux difficultés de long déplacement ou est-ce que ce serait parce que la personne est fatigable ?

E - Bah quand ils ont besoin de kiné, le kiné vient à domicile. Donc il faut qu'il y ait des prestations qui soient équivalentes aux kinés et aux ergo en libéral. L'ambulance est remboursée dans certaines pathologies, comme les AVC. Donc il faudrait qu'on ait le même accès aux facilités de prises en charge de soins en libéral que ceux qu'on les kinés.

J – Et pourquoi les ergothérapeutes n'ont pas cet accès d'après vous ?

E – Là c'est encore autre chose. Une question de politique on va dire, mais là ça me dépasse complètement.

J – D'accord merci pour cette réponse. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter un petit peu sur toutes ces notions que vous avez abordé ? Un point sur lequel vous voulez revenir ?

E – Non.

J - Alors je vais vous parler des deux interventions que j'ai un petit peu plus étudié dans mon mémoire. Je voulais vous demander est-ce que vous connaissez le travail des équipes mobiles de gériatrie ?

E - C'est l'ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer) ?

J – Non ce n'est pas l'ESA. Est-ce que vous avez une image de ce que ça pourrait être ?

E - Ben vu tout ce que j'ai dit sur les problématiques de maintien de la personne âgée à domicile, ce serait des équipes qui viennent sur place et qui évalueraient un petit peu les risques de chute, les capacités de la personne et tout ce qui est aidant autour de la personne (que ce soit l'environnement architectural ou humain).

J - D'accord donc ce serait plutôt de l'évaluation ?

E - Oui de l'évaluation et puis même des préconisations s'il y a besoin bien sûr.

J - Très bien merci. Je vais vous expliquer ce que c'est avant de vous poser d'autres questions. Alors les équipes mobiles de gériatrie ce sont des équipes qui sont spécialisées dans l'accompagnement du vieillissement. Elles ont une vision globale de la personne âgée. Ce sont des dispositifs sanitaires qui sont rattachés à des structures de soins et qui disposent d'une vision transversale, parce que ce sont des équipes pluridisciplinaires. Par exemple il y a obligatoirement un médecin, une assistante sociale etc. Et parfois y a des ergothérapeutes, mais ce n'est pas obligatoire. Le rôle des ergothérapeutes généralement c'est de poser un diagnostic ergo, de faire des mises en situation, des projets de maintien à domicile, des retours à domicile si la personne est un hôpital, etc. Les équipes mobiles de gériatries n'interviennent que sur demande de services intrahospitalier ou extrahospitalier, donc ça favorise aussi la coordination entre les acteurs prenant en charge le patient âgé donc en intra/extrahospitalier. Concernant les missions, ces équipes ont des missions d'évaluation, de préconisation et d'orientation, mais les professionnels de ce dispositif n'ont pas pour vocation de dispenser des soins. Il n'y a pas de suivi en fait.

E - Ok donc c'est grosso modo les interventions je fais pour le SSIAD. Pile poil. Ici ça existe déjà même si ça ne se nomme pas comme ça.

J – Est-ce que d'après vous il y a une EMG dans le coin ?

E – Non. Moi !

J – Et bien il y en a une au \*\*\*\*\*

E – Ah oui ! Et bien elle n'est pas connue et ça n'a pas de sens. Il y a des psychomotriciens dedans ?

J – De souvenir il n'y a pas d'ergothérapeute ni de psychomotriciens. Il y a surtout des infirmiers et des médecins.



E – Bah ouais mais la technicité alors qui c'est qui l'amène ? On va leur demander la différence entre un lève-personne et un verticalisateur électrique ? Quelle est la différence entre les différents verticalisateurs électriques qui puissent exister ? Les différents fauteuils ? Les préventions d'escarres ? Le positionnement au lit ?... Est-ce qu'ils ont la technicité pour ça ?

J – Personnellement je ne peux pas répondre pour eux mais je suppose que cette équipe est plus spécialisée sur un niveau médical. Parce que de ce que j'ai pu en comprendre à travers mes recherches s'il y a un ergothérapeute dans l'équipe sa vision est aussi mise en avant. Comme ce sont des visions transversales et globales chaque professionnel amène son expertise.

E – Hum sûrement. Mais dit moi ça ne viendrait pas de l'UEG (Unité d'Evaluation Gérontologique) avec le docteur BB ?

J – Il me semble que l'EMG ici est en lien oui avec cette ancienne unité.

E – Hum oui c'est fort probable je pense.

J – Donc par rapport à ce que je vous en ai expliqué, d'après vous quels seraient les avantages et les inconvénients principaux des équipes mobiles de gériatrie ?

E - Bah les avantages ça permettrait peut-être à tout le monde d'y avoir accès ou en tout cas toutes les personnes qui en ont besoin d'y avoir accès. Sauf qu'il faut communiquer là-dessus parce que sinon vu la communication actuelle...

J – Donc pour vous il y a un problème de communication sur leurs actes ?

E – Ben oui la connaissance. Et puis voir comment c'est pris en charge tout ça. Puis voir si ça ne s'engorge pas trop vite, voir s'il y a un suivi, voir s'il y a suffisamment de personnel disponible pour faire fonctionner cette unité. Voilà déjà. Mais l'avantage oui ce serait quand même... Bon c'est exactement ce que je fais à mon échelle d'ergo au niveau du SSIAD à \*\*\*\*\*. Après il y a toujours le médecin... En fait le compte rendu que je rédige je l'envoie directement à l'IDEC (Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur) pour qu'elle en prenne connaissance, puisque c'est elle qui me missionne, et ensuite elle l'envoie aux médecins traitants et à la famille. Il m'arrive des fois de faire une annexe au compte-rendu qui n'est destiné qu'aux équipes d'intervention et aux médecins. Voilà parce que des fois j'ai des questionnements que je ne veux pas que la famille sache. Par exemple quand il y a des troubles cognitifs, je n'en parle pas car ça peut être délicat.

J – Tout à fait. Donc pour vous au niveau des avantages ça permettrait un meilleur accès ?

E - Ben ça permettrait de démocratiser justement ce genre de prise en charge, et de l'adresser à toute la population on va dire ariégeoise. Du moins en tout cas celle dans le secteur. Parce que c'est pareil on est dans un secteur de montagne, donc il faut suivre les vallées pour arriver jusqu'au bout de la vallée jusqu'aux personnes. Par exemple pour les soins palliatifs à domicile la Haute-Ariège n'est pas desservie parce que c'est trop loin.

J - D'accord donc cette équipe mobile n'arrive pas à desservir...

E - Ah non ! Là les soins palliatifs ils n'arrivent pas jusque-là. On avait eu la problématique pour une personne qui voulait rentrer chez elle et mourir chez elle à Mérens. Ben non c'était impossible. Donc c'est vraiment le côté géographique qui rend compliqué l'accès aux soins. Après je ne me rappelle pas de tout pour cette personne.

J – Donc elle n'a pas pu rentrer à domicile ?

E – Pas forcément. Je me souviens qu'on la prenait en charge sur le service polyvalent mais après... En tout cas il n'y a pas pu y avoir de soins palliatifs à domicile. Donc il fallait voir avec les infirmières libérales si elles étaient en capacité de le faire.

J – D'accord merci. Vous avez quelque chose à rajouter sur les équipes mobiles de gériatrie ?

E – Ben que ce serait super si ça pouvait s'installer mais dans la mesure où il y a des ergos. Il ne faut pas se leurrer, il y a besoin de technicité. Et c'est nous qui l'avons.

J – Donc pour vous dans les équipes mobiles de gériatrie quel serait l'avantage d'avoir un ergothérapeute ?

E – Pouvoir évaluer les capacités et les incapacités, les risques de chutes, etc. Que ce soit intrinsèque à la personne ou extrinsèque avec les facteurs environnementaux.

J – Parfait. Je vais maintenant vous parler d'une deuxième intervention que j'ai aussi développer dans mon mémoire. Connaissez-vous la télé-ergothérapie ?

E – Non, non.

J - D'accord. Est-ce que vous pouvez me verbaliser ce que vous en imaginez ?

E - C'est comme des consultations de télémédecine ou des trucs comme ça ?

J - Tout à fait.

E - Voilà donc forcément quand on est loin c'est pas mal, sauf que si c'est pour s'adresser à une personne âgée, toutes les personnes âgées n'ont pas un accès facile à internet. C'est pour ça d'ailleurs que je râle par exemple pour les déclarations d'impôts par internet. Les pauvres

personnes âgées ! Mais comment faire quand ils doivent se rendre à \*\*\*\* au centre des impôts, parce qu'il faut y aller à \*\*\*\*. C'est juste impossible avec un fléchissement cognitif. Voilà donc internet ça a des limites... A part si les enfants sont là et aidants... Et s'il y en a d'ailleurs. Après comment ça serait rémunéré ça au niveau de la télé-ergothérapie ?

J – Alors je vais d'abord répondre à la question après j'expliquerai un peu plus ce qu'est la télé-ergothérapie pour que nous ayons une même idée. Alors logiquement au niveau des rémunérations, si on dépend d'une équipe vraiment en intrahospitalier bon là c'est pris en charge. Après au niveau libéral c'est la personne qui pose ses tarifs et je ne crois pas qu'il y ait de prise en charge particulière comme c'est du libéral.

E – Mais du coup tu l'évalues à combien l'heure d'ergothérapie ?

J - Alors normalement il y a une loi qui est passée à ce sujet. Donc normalement le patient paye la même somme au cabinet et en télé-ergothérapie. Après ça dépend les tarifs que souhaite mettre le thérapeute.

E – Ok. Alors là il faut faire attention aussi à ne pas mettre des tarifs trop bas car il ne faut pas brader l'ergothérapie. Normalement une heure c'est 50 ou 55 euros. Ça reste quand même une profession et ce n'est pas juste pour faire plaisir aux gens. Il y a eu des études et puis y a l'expérience de l'ergo. Personnellement au bout de trente-trois ans d'expérience c'est sûr que j'ai un peu des bagages derrière moi, donc je peux être pertinente et ne pas prendre quelqu'un une heure pour lui dire quelque chose que je peux lui dire en une demi-heure. Après il faut s'adapter dans tous les cas.

J - Est-ce que vous voulez que je vous explique ce qu'est la télé-ergothérapie ?

E – Oui s'il vous plaît.

J – Alors c'est un concept qui est arrivé récemment en France, mais qui est connu mondialement notamment via le développement du numérique dans les soins. Donc nous en France c'est arrivé dans le contexte de pandémie COVID, parce que le ministre des solidarités de la santé a autorisé les ergothérapeutes à mettre en place le télésoin dans le cadre de l'état d'urgence. Cette mesure a été prolongée car il y a des avantages. Le but c'est déjà de lutter contre la désertification médicale, de permettre un suivi pour des gens qui ont des difficultés à se déplacer, de permettre de voir les capacités réelles du patient dans son lieu de vie, d'apporter également un soutien aux familles isolées, et de réduire les déplacements pour le thérapeute et son patient. Et au final tout ça amène à une prise en charge, un suivi. Toutefois il y a une limite posée législativement

qui est qu'il y a une interdiction d'effectuer des bilans initiaux et des renouvellements de bilan par télé-ergothérapie car il faut voir physiquement la personne.

E – Oui il vaut mieux. Et cette mesure elle est adaptée à la personne âgée ?

J – Alors ça peut l'être dans certains cas. En effet, selon l'AFEG (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie) durant le COVID il y a eu une note de déposée pour dire que nous pouvions faire de la télé-ergothérapie pour organiser les sorties d'hospitalisation des retours à domicile et pour assurer la mise en œuvre des préconisations (suivi des aides techniques, etc.)

E – Hum alors c'est super sympa mais pour les gens qui auraient été en structure et qui seraient retournés après à domicile comment c'est payé ? Parce que ça veut dire que c'est du temps ergo pour quelqu'un qui n'est plus hospitalisé. Ça risque de pas marcher hein l'histoire. Parce que là si je regarde il y a 15 jours en arrière où j'avais 25 prises en charge, s'il me fallait en plus avoir un peu de télé-ergothérapie pour voir si les aides techniques sont mises en place ce n'est juste pas réalisable. Pour moi dans ce contexte ce n'est pas réalisable.

J – Après la télé-ergothérapie peut aussi être réalisée en libéral, mais avec les coûts du libéral.

E - Ben oui. Pour moi quand on sort de l'hôpital, on est sorti de l'hôpital et il n'y a pas de suivi. C'est pour ça que d'ailleurs quand moi j'avais demandé à intervenir au niveau du SSIAD de \*\*\*\*\*, la directrice à l'époque m'avait dit « je crois qu'on a quand même loupé quelque chose, on aurait dû faire du lien avec l'hôpital ».

J – Pouvez-vous me dire pourquoi il n'y a pas de suivi quand la personne sort du service ?

E - Parce qu'elle n'est plus dans la structure et que moi je suis hospitalière... Ou alors il faut que je puisse la suivre en libéral par la suite comme je la connais, mais là ça pose plein de problèmes déontologiques. Ce n'est pas légal même si effectivement ça pourrait avoir un avantage pour les patients.

J - Très bien merci. Pour revenir sur la télé-ergothérapie, selon vous quels seraient les avantages et les inconvénients principaux de la télé-ergothérapie, pour tout le monde et pas forcément que pour les personnes âgées ?

E – Alors je vais rester sur les personnes âgées car c'est grosso modo la population que j'ai le plus. Si la personne est en capacité cognitive d'utiliser l'ordinateur, parce qu'il y en a quand même beaucoup qui utilisent des ordinateurs, franchement pourquoi pas. Ensuite ça permet quand même déjà d'avoir un lien avec quelqu'un. Bon ça reste assez dématérialisé, ce n'est pas quand même du lien direct, mais bon ça stimule toujours les fonctions cognitives et puis ça permet d'échanger sur des difficultés qui peuvent apparaître et évidemment de pouvoir

dédramatiser peut-être certaines situations. Moi je dirais que c'est pas mal. Après à quel rythme ? Est-ce qu'il y a des évaluations quand même qui sont réalisables par télé-ergothérapie ? Bon moi j'ai pas du tout de recul là-dessus, mais il faudrait que la personne soit en capacité d'utiliser l'ordinateur.

J - Ce serait vraiment par rapport au matériel ordinateur qu'il pourrait avoir des difficultés ?

E – Oui sur l'utilisation, le fait de se connecter, etc. Après il y a quand même des limites car pour moi il faut qu'il y ait du présentiel aussi c'est évident. Comment faire passer un test de Tinetti ou de Berg comme ça ? Ce n'est pas possible, et puis en plus ces tests mettent un petit peu la personne en difficulté au niveau de l'équilibre, alors si déjà elle est fragile on ne va pas la regarder tomber sans rien faire. Donc non il faut du présentiel. Il faut voilà mettre la personne en situation et puis c'est là où on va peut-être s'apercevoir que là il y a un meuble qui gêne, qu'il y a un éclairage qui n'est pas suffisant, que Madame n'allume pas la nuit pour aller au WC parce qu'elle ne veut pas réveiller son mari. Bref des petites choses comme ça qui sont des petits facteurs ou des grands facteurs de prise de risque dans les chutes et qu'on ne peut pas voir dans ces situations de télé-ergothérapie.

J – Pourquoi on ne peut pas les voir ?

E – Parce qu'on n'en parlera pas forcément.

J - Donc ce serait au niveau du questionnement avec le patient en télé-ergothérapie qu'il y aurait des lacunes ?

E – Alors c'est bien d'établir des questions mais il n'empêche que quand on est sur place c'est là que ça parle. Donc les questions risquent de passer à côté des petites choses qu'on ne peut voir que sur place. Et puis poser des questions, des questions, et des questions pfou ! A un moment on en a tellement marre, il tarde que ça s'arrête et on n'est plus du tout pertinent. Donc autant faire du vécu sur place ça parle davantage.

J - Est-ce que ça peut être intéressant par exemple de prendre en charge un patient en télé-ergothérapie pour un suivi si par avance quelqu'un d'autre a réalisé les évaluations et donc qu'on ait accès à un dossier patient ? Est-ce que ça peut être pertinent ?

E - Si ce n'est pas la même personne qui évalue et qui fait le suivi ce n'est pas pareil. Le fait d'aller évaluer quelqu'un sur place permet, moi en tout cas me permet, de me construire une idée de comment fonctionne la personne, et ça, ça n'a pas de prix. Bien sûr que si un autre ergo fait une évaluation c'est bien car on a plein d'éléments, mais ça ne me permettra pas à moi de me construire une image de ce que peut faire la personne ou pas. Ça ne me permet pas quelque

part d'avoir le feeling, la relation thérapeutique. Bien que dans ce cas-là on ne pose pas de prise en charge thérapeutique, il y a quand même une thérapie ; quelque chose qui se crée dans la tête de l'ergothérapeute pour comprendre les difficultés de la personne.

J – Donc pour vous la transmission juste écrit entre collègues ne suffirait pas pour faire une bonne prise en charge ? Un bon suivi ?

E - Ouais je pense. C'est comme les médecins qui voient leurs patients. Si c'est un médecin de famille, ils les connaissent, ils connaissent leurs difficultés, ils ont tout le suivi dans leur tête. C'est comme les prises en charge à plusieurs thérapeutes dans le même service qui se partagent les patients, pour un suivi ce n'est pas top.

J – Donc pour vous en télé-ergothérapie comme on ne peut pas faire les bilans initiaux, ni les renouvellements de bilans, il faudrait d'abord au moins se voir une première fois pour ensuite pouvoir faire un suivi ?

E – Ah oui carrément. Moi je ne travaillerai pas rien que devant l'écran. Déjà ça ne me parle pas. Moi je suis obligé de passer par l'écrit, parce que c'est comme ça que je fonctionne, donc rien que l'écran ça ne me suffit pas. Puis ce n'est pas humain. Ce n'est pas un rapport humain. Comment établir une relation de confiance et l'envie de fonctionner ensemble s'il n'y a pas déjà ce premier contact. C'est trop dématérialisé. On est de l'humain et on n'est pas des jeux vidéos quoi.

J – Et du coup qui s'est qui pourrait à la fois faire le premier bilan puis de la télé-ergothérapie ? Ce serait plutôt en intrahospitalier ou plutôt en libéral ?

E – Je pense qu'il faudrait déjà... Ben en fait comme on fait quand la personne arrive dans l'établissement. On fait un premier bilan ergo, un bilan de suivi, un bilan de sortie. Puis ça c'est transmis à l'ergo en libéral. Ensuite lui-même reprendra ça et fera une évaluation pour lui afin d'avoir l'idée de comment est la personne. Tout en s'appuyant aussi sur le vécu de la personne et tous les progrès lors de l'hospitalisation. Mais ensuite on tourne la page en passant au retour à la maison, donc ça n'a plus rien à voir. Le retour à la maison ça n'a rien à voir avec une hospitalisation. La personne est dans son milieu de vie, qui lui apporte du sens, qui peut être pourvoyeur de risques supplémentaires, etc. Donc pour moi il faut que l'ergo en libéral, si c'est un ergo en libéral qui prend le relais, puisse évaluer tout ça à son tour.

J – D'accord très bien merci. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Avez-vous envie de débattre sur certains points ou de revenir sur des choses ?

E – Non, non. Là ça va je n'ai plus d'idée.

J – Très bien. Je vous remercie pour votre participation.

E - Avec plaisir.

## Annexe n°5 - Entretien E2

J – Bonjour. Je m'appelle Julie Mouyssac et je suis actuellement étudiante en troisième et dernière année de formation au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Dans le cadre de la validation de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès d'ergothérapeutes. Mon mémoire porte sur l'accès des soins d'ergothérapie auprès d'un public de personnes âgées vivant encore au domicile et habitant en zone rurale. L'entretien que nous allons effectuer durera approximativement 45 min et a pour but de comprendre comment en tant qu'ergothérapeute nous pouvons faciliter l'accès de nos actes auprès de cette population. Dans un premier temps je vous poserais des questions sur votre cadre professionnel, puis sur la ruralité, puis sur le public des personnes âgées et pour finir je vous poserais des questions sur certaines interventions. Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

E – Non c'est clair.

J – Très bien. Alors pour commencer pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

E – Je m'appelle Mme L. Je suis ergothérapeute en libéral depuis 5 ans. J'ai été diplômée il y a 16 ans, donc en 2007.

J – Vous êtes diplômée de quel institut s'il vous plaît ?

E – IFE de l'ADERE (Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie) sur Paris.

J – Parfait. Qu'est-ce que vous faisiez avant d'être en libéral ?

E - J'étais dans un centre de rééducation. Alors d'abord un hôpital gériatrique dans les Ardennes, ensuite un centre de rééducation dans les Yvelines, ensuite la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) de l'Essonne, et puis ensuite je suis arrivée ici où je me suis installée en libéral. D'abord en collaboration, puis en libéral toute seule.

J - D'accord très bien. Est-ce que vous avez eu des formations particulières ?

E - Oui sur le bâti. J'ai aussi des formations liées à la rééducation, type Bobath et tout ça, dans le centre de rééducation. Après j'ai fait une formation sur le bâti à la MDPH, sur ce qu'on pouvait faire pour aménager au mieux le bâti et réussir à repérer en fait comment on pouvait adapter les bâtiments. Puis après j'ai fait aussi des formations du coup en libéral plutôt orientées sur les enfants, puisque c'est la population que j'ai commencé à prendre en charge en libéral quand j'ai commencé. Et alors là dernièrement j'ai fait CO-OP (Cognitive Orientation to daily



Occupational Performance) et c'était très intéressant car c'est vraiment orienté sur la vie occupationnelle donc ça ressemble beaucoup plus à notre cœur de métier.

J – Tout à fait, et d'ailleurs en parlant de cœur de métier actuellement quelles sont vos missions ?

E - Alors elles sont variées. J'accompagne une journée par semaine des enfants en cabinet. Enfin je peux aussi accompagner des adultes au cabinet mais c'est principalement des enfants. Le mardi j'accompagne les résidents d'un EHPAD dans la création d'un jardin thérapeutique. Ensuite, j'ai une journée où je suis à domicile auprès d'adultes ou d'enfants car j'ai décidé de dédier une journée pour SOLIHA (SOLIdaire pour l'Habitat). C'est un organisme qui aide à la recherche de financement pour aménager les logements pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Je travaille également à la demande du PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées) ponctuellement. Ça m'arrive parfois pour des dossiers qui sont urgents, donc pour des gens qui sont en hospitalisation, d'aller les voir au cours de ma semaine. Et ensuite j'ai une demi-journée tous les 15 jours dans une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) auprès d'adultes polyhandicapés vieillissant. Don voilà j'ai un public très varié et ce n'est pas toujours simple.

J – Qu'est-ce qui n'est pas simple ?

E – Alors ce qui n'est pas simple... ben déjà de ne pas être spécialisé. Ça ça demande une adaptation constante. Il faut être touché à tout et en même temps être assez spécialisé parce que chacun a besoin d'avoir des réponses spécifiques, ce qui est complètement understandable. Alors autant le logement et les aides techniques ce n'est pas quelque chose qui me pose problème, parce que je l'ai beaucoup fait en MDPH. Mais c'est vrai qu'après à la MAS ils me sollicitent par exemple pour les fausses routes, et donc je leur ai expliqué que ce n'était pas mon cœur de métier et donc je le fais beaucoup moins. Du coup ils orientent plutôt vers la diététicienne. Mais c'est vrai que voilà il faut bien cadrer pour que je reste sur quelque chose que je sais faire. Pour offrir une prise en charge maîtrisée... Ouais voilà c'est ça... Ou sinon il faut se former.

J – D'accord merci. Je vais vous poser quelques questions, maintenant que vous vous êtes présentée, sur le milieu rural. Exerçant actuellement en milieu rural pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux d'y travailler ?

E - Alors pour les avantages je dirais que c'est le réseau. En fait il est relativement bien tissé. Je trouve que les gens ils sont repérés et repérables assez facilement parce qu'on n'est pas forcément nombreux. Notamment en ergothérapie ! Et après même avec les autres professionnels. Du coup il y a quand même des échanges qui se font, des lieux communs

utilisés, etc. C'est ça qui est intéressant. Il y a une dynamique aussi. Enfin je trouve qu'il y a des choses qui essaient de se mettre en place entre professionnels. Les échanges se font entre les professions, et du coup on est au courant des dynamiques qui sont mises en place. Par exemple par des infirmières, alors qu'en ville on serait peut-être plus centré entre tous les ergothérapeutes, et je ne serais pas au courant de ce qui se passe avec les infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) qui s'occupent de la prévention justement. Et pour les inconvénients c'est qu'on fait beaucoup de routes parce que justement on n'est pas nombreux. Par exemple là en libéral je couvre le bassin de la Haute-Ariège.

J – Vous êtes combien d'ergothérapeutes en libéral ?

E – On est 3, bientôt 4, en libéral en Ariège. Après en ergothérapie hors libéral, il y a en a plus vers Saint-Girons dans le Couserans mais qui sont en salariat sur l'hôpital. Après en libéral et hors libéral en Haute-Ariège sur la N20 on doit être 5 ou 6 seulement mais sans compter le Couserans du coup. Ça ne fait pas beaucoup.

J – Donc peu de professionnels en ergothérapie en Ariège.

E – Oui et même peu de professionnels spécialisés tout court en fait. J'entends pour les enfants les neuropédiatres, mais j'entends aussi pour les personnes âgées des cardiologues, etc. Du coup il y a le réseau qui s'organise pour permettre à ces personnes âgées de pouvoir avoir des accès à des professionnels de santé spécialisés, tout en restant dans le secteur.

J - Donc si je comprends bien en même temps c'est avantageux d'avoir un petit réseau parce qu'on connaît tout le monde mais en même temps c'est un désavantage parce qu'il n'y a pas toutes les professions ou toutes les spécialités ?

E – Alors pour des professions qui sont vraiment spécialisées comme par exemple les pneumologues, les cardiologues, etc., comme ce sont des médecines très particulières quand on veut avoir un avis particulier les gens sont obligés de faire de la route pour avoir cet avis-là. Par exemple il n'y a qu'une seule dermato sur \*\*\*\*, donc ça ne fait pas beaucoup. En plus aujourd'hui les médecins ils ont un certain quota de patients donc certains patients ne peuvent même pas être pris en charge sur \*\*\*\*. Donc en résumé il y a un petit problème d'accessibilité aux soins.

J – Et justement au regard de ces avantages et inconvénients de travailler en Ariège en milieu rural, comment avez-vous adapter votre pratique à cet environnement rural ? Surtout que vos emplois précédents étaient plus en ville je suppose.

E – En fait non ça s'est fait assez naturellement. Je pense que j'avais des demandes pour intervenir à domicile et en fait les jours où j'interviens à domicile je vois peu de patients.... Je réfléchis à ma réponse pardon... Bon déjà en arrivant je me suis mis dans un réseau. Je me suis installée en maison de santé pour pouvoir travailler avec cette connexion d'équipe. Ça c'était essentiel pour moi. En fait en entendant le mot « adapté » j'ai l'impression que ça a été forcément compliqué tu vois. Alors qu'en vrai je n'ai pas l'impression que ça a été vraiment compliqué. Ça s'est fait assez naturellement. Je crois que je ne vais pas chercher d'autres réponses parce qu'en fait je n'en trouve pas d'autres.

E - Pas de problème c'est votre vécu donc pas de problème. Par contre je reviens sur le fait que vous ayez répondu que le fait de se mettre rapidement en réseau peut aider en milieu rural. D'après vous est-ce que finalement quelqu'un en ergothérapie ou autre professionnel qui arrive dans un territoire rural et qui n'arrive pas à se faire de réseau ça peut être compliqué ?

E - Alors si, il y a juste une seule chose justement que je voudrais rajouter. C'était que pour être en réseau, au tout début quand je me suis installée ici en Ariège, j'ai dû faire beaucoup de route pour pouvoir être dans un cabinet d'ergothérapie. Je l'ai fait pour être en collaboration et pour découvrir le libéral parce que je n'étais pas en libéral et je ne connaissais pas. Et donc à cette période j'ai fait 45 min de route à chaque fois que je partais prendre en charge... Voir 1h ou 1h30 d'ailleurs car l'ergo avait son rayon d'action qui couvrait l'Ariège mais aussi le sud de la Haute-Garonne. Donc là j'ai dû faire de la route et ça m'a demandé de m'adapter entre le temps que je passais sur la route et le temps où je faisais les prises en charge. Après quand je me suis installée ici c'est vrai que j'ai eu l'opportunité d'intégrer cette maison de santé, et c'était justement en fait essentiel pour moi. Je savais que j'allais être toute seule comme ergothérapeute et la MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) ça me permettait de pouvoir échanger avec mon point de vue d'ergothérapeute avec des professionnels qui s'intéressent aussi aux personnes âgées et à leur maintien à domicile. Par exemple, les infirmières ASALEE elles font des bilans de fragilité qui sont pris en charge par la sécurité sociale, où elles évaluent en fait les capacités cognitives, les difficultés motrices et comment ça se passe dans la vie de tous les jours. Donc c'est important pour moi d'avoir ce contact-là.

J – Vous travaillez souvent avec ces infirmières-là ?

E – Et bien finalement assez peu. Mais elles connaissent le réseau SOLIHA pour lequel je travaille, et donc elles orientent des patients vers eux et donc par incidence vers moi parce que le diagnostic du logement est pris en charge. Donc dans ce cas-là je n'étudie que le logement

mais souvent je vois un peu large si les gens me posent des questions. Après en fait c'est de la méconnaissance du métier d'ergothérapeute je pense.

J - Dans quel sens expliquez-moi ?

E – En fait les infirmières Asalée elles ont une idée un peu de ce que peut être l'ergothérapie, mais quand elles rencontrent les gens elles n'ont pas forcément l'idée de penser à moi ou à un ergothérapeute en général. Par exemple, dernièrement il y a une personne pour qui ça a été proposé qui est âgée de 75 ans, qui a de l'arthrose dans les doigts et qui n'arrive plus à ouvrir des bouches et plein d'autres choses dans sa vie tous les jours. Du coup elles ont pensé à moi et j'ai fait un échange en fait pour expliquer ce que j'avais pu observer et elles ont trouvé ça très intéressant. Je pense que c'est grâce à ces échanges-là et grâce au fait qu'on transmette ce qu'on fait que ça va permettre de développer l'activité.

J – Donc le fait de permettre des bonnes transmissions avec d'autres acteurs de la filière ça permet d'avoir une meilleure reconnaissance ?

E - C'est ça. Parce qu'au moment où la MSP s'est montée j'ai expliqué ce que c'était le métier d'ergothérapeute et j'ai essayé de présenter des exemples, mais parfois en fait à domicile il y a tellement d'autres choses à gérer. Typiquement cette dame que j'ai eu l'occasion de rencontrer, elle avait des problèmes de santé aussi et au final parfois les problèmes de santé prennent la place principale en fait dans les soins et on ne voit plus forcément le reste. Ça va être noté mais facilement on peut proposer des aides humaines et on ne va pas forcément proposer une autre façon de faire à la personne. Là en l'occurrence cette personne financièrement c'était trop compliqué car elle a une très bonne retraite mais elle a un prêt qui lui prend une bonne partie de sa retraite. Donc financièrement il faut qu'elle se débrouille toute seule, d'où mon intervention. Donc c'est aussi l'occasion de faire connaître l'ergothérapie.

J – De faire connaître à la fois aux personnes et à la fois aux prescripteurs je suppose ?

E – Oui aussi tout à fait.

J - Justement comme vous me parlez d'une personne âgée je vais vous poser quelques questions sur le vieillissement. Etant amenée parfois à travailler donc auprès de personnes âgées pouvez-vous me dire quels sont les risques principaux du vieillissement ?

E - La perte de force, la perte de motricité... Après il faut voir si on regarde sur un plan rééducatif ou si on le voit sur le versant de la performance (ne plus réussir à se laver seul, à s'habiller seul, etc.). Ça dépend comment on se place. Après dans tous les cas les choses ont une cause et une conséquence. Du coup il peut y avoir la dépression aussi car sur le plan soit

cognitif, soit moteur, soit mental il y a des enjeux. Donc en fonction de la personne le risque peut être plus ou moins élevé et donc c'est à prendre en compte au moment où on la rencontre.

J - Qu'est ce qui peut faire en sorte que ce soit plus risqué pour telle ou telle personne ?

E – Alors globalement il peut y avoir un syndrome de glissement parce que la personne déprime, elle est dénutrie, etc. Donc là forcément ça amène à une hospitalisation et donc le maintien à domicile il est questionné à ce moment-là. C'est là où ça vous rend plus difficile. D'ailleurs le risque du vieillissement aussi peut-être lié à justement ce questionnement du maintien à domicile. Les personnes âgées ont quand même aussi envie de rester, enfin pour beaucoup que je rencontre justement dans le cadre de SOLIHA, ils ont envie de rester à domicile. D'où la demande auprès de SOLIHA pour l'adapter, et malgré parfois des handicaps qui sont très lourds.

J - Parce que d'après vous pourquoi une personne a envie de rester chez elle ?

E - Une personne âgée pourquoi elle a envie de rester chez elle... Bah parce qu'elle a ses repères. Justement même quelqu'un qui a perdu des compétences cognitives ça permet d'avoir encore des repères qu'elle a depuis des années. Ça se positionne sur la mémoire à long terme. Enfin je pense que ça la rassure aussi. Après c'est ce qui pourrait poser problème ce serait au niveau du comportement en fonction de certaines pathologies. En fait quand le comportement devient un peu agressif ou que c'est vraiment trop lourd pour l'aidants là le maintien à domicile il est questionné.

J – A la fois pour soulager l'aidant et aussi si la personne peut se faire mal ou faire mal à quelqu'un finalement ?

E – Oui tout à fait.

J- D'accord. Et justement par rapport à votre relation avec les personnes âgées que vous prenez en charge, comment est-ce que vous avez réussi à adapter votre pratique en ergothérapie à ce public-là ?

E - Je les écoute. Elles ont beaucoup de choses à nous apprendre et en les écoutant en fait on voit un peu plus comment elle fonctionne. J'ai un exemple en tête d'une visite que j'ai faite il n'y a pas longtemps d'une dame. Ses filles sont médecins et elles organisent pour elle parce qu'elle a des tremblements orthostatiques depuis 40 ans. Donc à chaque fois qu'elle se lève elle a ses jambes qui ne la portent pas très bien, elle a du mal à prendre ses appuis, elle manque de force et tout ça. Ces derniers temps ça évolue rapidement donc elles organisent pour elle que la femme de ménage finalement vienne tous les matins, même le week-end, pour qu'elle la

descende de sa chambre à l'étage pour le petit déjeuner. Donc la femme de ménage vient, elle prépare le petit-déjeuner, elle va la chercher et elles descendent ensemble. Mais lors de ma visite les filles apprennent que madame remonte toute seule une fois qu'elle a pris son petit déjeuner pour aller faire sa toilette, puis elle redescend au séjour. Sauf qu'en fait c'était justement pour éviter qu'elle ait à remonter et à redescendre. Donc en fait cette dame ne s'est pas dit qu'elle pourrait faire sa toilette avant de descendre car ce n'était pas dans ses habitudes. C'est aussi à prendre en compte ses habitudes de vie qui en plus ne sont pas forcément connues. Du coup, là les filles étaient choquées de ne pas le savoir. Donc voilà grâce à l'écoute on peut mieux s'adapter à eux. Bon après moi je ne faisais pas partie de la famille donc c'est normal que ce soit plus délicat sinon en famille.

J – Donc en résumé quel était le risque pour elle de prendre l'escalier seule ?

E – La chute. Après pour revenir sur l'adaptation de ma pratique il y a un truc que j'ai repéré c'est qu'assez facilement en ergothérapie on pourrait proposer des aides techniques pour compenser des choses que les personnes n'arrivent plus à faire. Alors qu'en fait ce sont des gens qui ne vont pas forcément tout utiliser. En vrai il faut proposer un truc ou une aide technique dont on est sûr de l'utilisation postérieure pour que ça fonctionne et que les personnes arrivent à le mettre en place. Parce que si on en propose trop c'est quasiment sûr que ça ne va pas fonctionner. Ça devient hors habitude sinon. En fait il faut vraiment que ça compense quelque chose qu'elle n'est plus capable de faire et qu'elle en a vraiment envie de refaire encore toute seule. Et pareil pour les aménagements de logement c'est surtout pour ça que je les rencontre. Souvent en fait j'ai repéré qu'il fallait que les aménagements de logement ils soient assez simples. Ça dépend des gens mais globalement ici en milieu rural ils veulent quelque chose qui fonctionne en priorité et puis pas forcément trop joli car voilà il ne faut pas trop toucher aux bases. Après il y a l'aspect financier à prendre en compte. Ça c'est vrai que c'est quelque chose qui me questionne parce que les personnes âgées n'ont pas forcément beaucoup de finances avec leurs petites retraites et les séances d'ergothérapie en fait ne se sont pas accessibles. Quand j'ai bossé en MDPH j'avais déjà travaillé avec SOLIHA quand on avait des dossiers avec un besoin financier important pour des gros projets d'adaptation. Du coup je proposais à la famille d'interpeller SOLIHA pour que les personnes puissent obtenir plus d'aides. C'est comme ça que j'ai connu cette association. Finalement mon métier d'ergothérapeute en libéral je le fais à travers ces visites qui sont prises en charge par le département ou par des caisses de retraite, sinon ce serait à la personne de me payer. Et soyons honnête ils n'accepteraient pas. En plus je dois être efficace car c'est une visite ponctuelle à leur domicile. Il faut que tout soit fait en une fois.

J - D'accord. Et concernant le vieillissement, comme vous vous occupez des aménagements de logement en milieu rural, pour vous quels sont les avantages et les inconvénients de vieillir en milieu rural ?

E – Déjà en inconvénients il y a le manque de professionnels spécifiques par rapport aux pathologies que peuvent développer les personnes âgées. Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre... Ah justement le fait qu'il n'y ait pas non plus beaucoup d'établissements. Parfois les urgences sont assez loin. Par exemple s'il y a une chute on appelle les pompiers mais s'il y a des complications il faut aller dans la grande ville à côté... En bref vous avez beaucoup de transport. D'ailleurs niveau transport ce n'est pas si facile en vrai. C'est mal desservi à certains endroits. Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre ... Les maisons elles ne sont pas adaptées. Souvent c'est des maisons relativement vieilles et du coup il y a beaucoup de choses à faire dedans. Souvent c'est rare qu'elles soient toutes de plain-pied. Il y a aussi une faible connaissance des métiers comme le nôtre. Heureusement pour les personnes âgées c'est en partie compenser par les infirmières qui sont un très gros réseau au niveau du maillage territorial, ce qui est vraiment intéressant notamment car elles les rencontrent très régulièrement. C'est vraiment un suivi. L'avantage c'est que les gens se connaissent. Donc niveau réseau avec le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) et les infirmières ils échangent assez facilement. Elles peuvent aussi rencontrer les amis d'une personne qu'elles prennent en charge donc là le côté personnel et le côté professionnel sont intriqués. Après je le vois quand même comme un avantage plutôt qu'un inconvénient.

J – D'accord. Pour revenir sur les dispositifs que vous avez évoqués et élargir ce questionnement : quels dispositifs existes selon vous actuellement pour proposer une prise en charge ergothérapeutique aux personnes âgées vivant en zone rurale ?

E – Bon je le positionne un peu partout mais il y a SOLIHA. Il y a aussi les CLIC. D'ailleurs ils font facilement intervenir des psychologues, donc je pense qu'il existe sur le réseau national des liens entre les CLIC et les ergothérapeutes. Après il y a les ESA pour l'accompagnement d'Alzheimer. Après à l'ESA de Lavelanet ils sont plus ouverts car il m'avait déjà contacté pour une personne parkinsonienne. Après je suppose que ça dépend des zones rurales mais en tout cas en Ariège il n'y a pas beaucoup d'ergos en fait dans des structures à domicile.

J – Et selon vous c'est un manque qu'il n'y ait pas d'ergo en structure à domicile ?

E - Oui quand même. Par exemple Mme. DM qui est ergothérapeute à \*\* elle intervient sur le SSIAD de \*\*\*\*\*, et c'est le seul SSIAD ici qui embauche une ergothérapeute. Déjà parce qu'elle a su répondre à un moment à une problématique pour les transferts qu'ils avaient sur ce

SSIAD, et du coup comme elle a répondu favorablement et qu'ils ont obtenu les aides et tout ça ils ont poursuivi son embauche car ils se sont aperçus qu'elle apportait une plus-value dans le quotidien. Et cette plus-value elle est autant pour les personnes âgées que pour les aidants. Après par exemple j'ai déjà été sollicité par la MSA (Mutualité Sociale Agricole), pour organiser des séances de cinéma avec des échanges après la séance sur le thème « aidant/aidé ». Là c'est les mutualités qui prennent en charge. La Mutualité française occitane me sollicite pour pouvoir présenter les aides techniques à travers des ateliers pour la prévention des chutes à domicile. C'est la Mutualité française occitane qui organise ça pour ses adhérents. Elle l'organise sur des territoires spécifiques, et donc là et c'est surtout dans le Couserans et la vallée de la Lèze. Les caisses de retraite sont un bon maillon en zone rurale pour proposer des choses qui peuvent être notamment liées à, je ne dirais pas à des prises en charge, mais au moins à de la prévention peut être. Voilà la prévention c'est le bon terme. Elle peut être faite par un ergothérapeute. Du coup ce n'est pas sur du long terme car c'est souvent 3 ou 4 ateliers. Donc du coup ils ont un aperçu de ce qu'un ergothérapeute peut proposer. Mais le problème c'est que ce n'est pas forcément des gens qui vont solliciter après un ergothérapeute, parce que c'est des gens qui vont relativement bien. Ils préviennent en fait leur futur vieillissement ou quelques difficultés déjà qui apparaissent. Mais ça reste quand même des gens mobiles puisqu'ils se déplacent vers l'atelier, donc ils sont en capacité de conduire et ils ont cette capacité cognitive à s'organiser et tout ça.

J – La capacité de prévoir pour plus tard en fait ?

E – C'est ça.

J – Donc généralement vous faites surtout de la prévention pour les personnes âgées ?

E – Oui dans tous les cas je fais de la prévention mais... Par exemple avec SOLIHA il y a les deux. Il y a autant de la prévention primaire que de la prévention secondaire. Il y a des gens qui peuvent avoir quelques douleurs de genoux ou des petits trucs qu'ils font que de temps en temps ils sont un peu bloqués et qu'ils se questionnent. Donc en fait ils vont de manière très intelligente se dire « bon peut-être plus tard je vais être gêné et donc je vais venir entamer tout de suite une recherche pour pouvoir éviter d'être gêné ». A l'inverse j'en rencontre d'autres qui au contraire ont attendu, attendu, attendu, et puis à un moment donné ça devient urgent. Donc dans ce cas on intervient et on propose le même style d'adaptation.

J – Donc là c'est suite à une hospitalisation par exemple ?

E – Alors ça peut être ça ou pour un maintien à domicile. Par exemple la dame qui avait un problème dans l'escalier, ses filles lui en parlaient énormément au point même de l'énerver



pour être honnête. Or, au bout d'un moment quand elle n'a plus pu elle m'a dit « j'ai peur, j'ai peur de chuter, donc j'accepte de mettre en place le monte-escalier ». Donc c'est enfin arrivé, parce que pour ses filles c'était vraiment un soulagement.

J – Donc la prise en charge du vieillissement c'est quand même émotionnellement impactant quand même ?

E – Alors surtout pour les familles. Après c'est sûr que c'est toujours intéressant d'aller changer avec elles, parce qu'on sent bien là en l'occurrence pour cette dame, qu'elle était très capable de pouvoir exprimer que ce n'était pas facile pour elle de perdre son autonomie et de se rendre compte qu'elle devenait handicapée. Et la dame que l'infirmière ASALEE m'a proposé d'aller voir pour vraiment faire une séance d'ergothérapie et trouver des solutions à ces difficultés dans la vie de tous les jours, c'était pareil. Elle a pleuré au monde de la séance parce qu'elle anticipait les éventuelles choses qu'elle ne pourrait plus faire. Et même si en fait c'était quelqu'un de très volontaire, elle se disait « si ça je ne peux plus le faire, si je ne peux plus faire ma cuisine alors que j'adore... à quoi bon ? ». Ça la déprimait d'avance de se rendre compte de la perte de capacités, des limitations qui arrivent, etc. Donc en fait autant dans la prise en charge il y a du conseil mais il y a aussi beaucoup d'écoute et de soutien psychologique. Il faut trouver les bons mots aux bons moments. Après je ne sais pas quoi rajouter pour te répondre.

J – Pas de problème c'est déjà très complet. Bon vous en avez déjà beaucoup parlé mais sait-on jamais vous pourriez avoir d'autres idées. Pouvez-vous me décrire en prenant un exemple concret le déroulé d'une de vos interventions qui illustrerait le mieux la prise en charge ergothérapeutique des personnes âgées vivant en zone rurale ?

E - Alors un exemple concret... Alors typiquement avec SOLIHA en fait c'est la famille souvent qui appelle SOLIHA parce qu'au niveau des papiers administratifs les personnes âgées ont quand même besoin d'aide. Aujourd'hui d'autant plus avec la digitalisation et les démarches via internet ce n'est pas évident. Donc ensuite SOLIHA m'interpelle sur les difficultés de la personne et me demande d'aller voir le domicile. Ensuite je rencontre la personne à domicile, je l'écoute, je vais visiter les pièces de la maison. Là je m'arrête plus longuement sur les zones qui posent problème. Pour les salles de bains notamment je fais des plans, je prends les largeurs de porte et je compare en fonction de si la personne a un besoin d'aide pour se déplacer ou un besoin d'aide technique. Ensuite, je fais signer des papiers par rapport aux financeurs potentiels qui pourraient participer aux travaux et je m'en vais du domicile. Puis je rédige un compte-rendu et je fais des plans que je renvoie à SOLIHA qui fait le lien du coup avec la famille pour pouvoir faire les travaux. Puis derrière les familles doivent faire des devis et tout ça. Ensuite

moi normalement je ne les vois plus parce que sinon financièrement ce serait à eux de payer pour un suivi complémentaire. Moi je les informe et les invite à aller faire des démarches lors de ma visite pour leur éviter de revenir me voir hors du cadre de SOLIHA. Après si besoin de complément je suis là bien sûr.

J - D'accord. Je me permets de vous poser une autre question. Imaginons que nous sommes dans un monde parfait, quels dispositifs seraient à mettre en place pour permettre un meilleur accès aux soins d'ergothérapie aux personnes âgées vivant en milieu rural ?

E - Bah je pense qu'il y a des choses qui existent déjà qui sont intéressantes. Par exemple les CLIC car il y a un maillage territorial qui est sectorisée et du coup ils connaissent les gens du secteur sur lequel ils sont. Ils les voient quand même assez régulièrement et ils s'occupent justement de la mise en place des aides humaines et de l'orientation dans un établissement si besoin. En effet, parfois c'est trop compliqué et il les accompagnent aussi dans ce choix-là. Du coup, ça pourrait être intéressant en fait qu'ils puissent avoir un avis d'ergo. D'ailleurs tout à l'heure j'ai parlé de CLIC mais en fait je voulais parler des CICAT car je pense que ça peut être intéressant. Après il y a aussi les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie) qui sont maintenant devenues les DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination). Par exemple ACCORDS 09 (devenu DAC 09) pour les soins palliatifs, les soins des SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique) et de toutes ces maladies dégénératives il y a ça en Ariège mais il n'y a pas d'ergo. Alors que je sais qu'ils ont parfois des besoins. Donc bah typiquement là il pourrait y avoir des liens sur des structures comme ça avec des ergos. Par exemple, les anciennes MAIA ici sur le secteur de Tarascon, elles sont liées aux CLIC. Ils sont dans les mêmes locaux et ils s'occupent conjointement de personnes qu'ils connaissent et d'avoir la vision d'un ergothérapeute là-dedans je pense que ça pourrait être toujours intéressant. Enfin dans un monde plus « parfait ».

J – Parce qu'il y a des ergothérapeutes dans des CLIC parfois ? Ou des partenariats ?

E – Je réfléchis... En vrai comme je suis en libéral je peux être appelée par quelqu'un du CLIC ou je prendre en charge quelqu'un dans le cadre de SOLIHA mais parce que c'est le CLIC qui a interpellé SOLIHA. Donc au final en fait je travaille avec eux. Après je pense qu'il faut faire un parallèle avec l'évolution de la santé car selon mon point de vue aujourd'hui ça se libéralise. Dans le sens où on est de plus en plus nombreux à être en libéral en ergothérapie et qu'on est de moins en moins nombreux à être en structure. Après je pense que ça pourrait être intéressant justement d'avoir quelqu'un dans une structure parce que l'intervention n'est pas du tout la même. En fait la demande quand on est en libéral elle est beaucoup plus ponctuelle et il faut

être efficace en une fois. Alors que d'être en structure on peut aller revoir la personne et essayer plein de choses. Par exemple, il y avait un projet pour lequel j'ai voulu répondre et où j'avais mis Mme DM dans la boucle, mais ça n'a pas pu se monter parce que justement il fallait qu'un CICAT soit déjà créé pour avoir un pôle de technique. Mais à la base l'idée était de permettre à des personnes âgées... Ça s'appelle EQLAAT (EQuipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques). L'idée était d'avoir des équipes un peu mobiles pour pouvoir venir voir à domicile ce qu'il y a comme problème dans le domicile et d'avoir les aides techniques à disposition pour permettre à la personne de les tester. Puis de revenir la voir régulièrement pour voir si l'aide technique convenait, et d'en proposer une autre si ça ne convenait pas. Puis ensuite de pouvoir valider la bonne utilisation d'une aide technique. Donc le but c'était de favoriser la mise en place d'aides techniques pérenne. Parce qu'aujourd'hui il y a quand même beaucoup d'autres techniques qui sont mises en place à la sortie d'hospitalisation, et derrière qui ne sont pas forcément utilisées en vrai. Donc il y a potentiellement beaucoup d'argent de la Sécurité Sociale qui sont sortis pour des choses non utilisées. C'est une réalité. Bon après c'est bien aussi si des gens évoluent positivement et n'ont plus besoin des aides techniques, mais ce n'est pas forcément ça qui fait qu'il n'y a pas le maintien de l'aide technique dans le temps. Donc voilà c'était un appel à projet et il y a un certain nombre d'équipes qui ont été prises. Après je ne sais pas si ce sera nationalisé car pour l'instant c'est un dispositif en phase de test. C'est la CNSA qui l'a mise en place. Après il y a aussi un truc qui existe entre la CNSA et le professeur D où ils ont interpellé l'Etat sur les aides techniques et où ils ont voulu créer un partenariat ergo/médecin. Donc les ergothérapeutes aujourd'hui s'ils travaillent en partenariat avec un médecin généraliste, ils peuvent prescrire des aides techniques. Et l'intérêt c'est que dans ce cadre-là c'est pris en charge. Mais il faut faire partie d'une équipe et pareil c'est expérimental pour l'instant. Après est-ce que ça a été validé ou pas je n'en sais rien car je n'ai pas trop suivi. Après voilà ça c'est un truc qui est intéressant parce que ça permet aux gens d'accéder à des propositions qu'elles n'auraient pas ou qu'elles auraient autrement en allant voir un revendeur par exemple. Mais attention dans ce dernier cas l'aspect commercial est plus prégnant que chez un ergothérapeute.

J – Tout à fait. En tout cas merci pour vos réponses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur la ruralité, le vieillissement, etc. ?

E – Non ça ira je pense que j'ai déjà trop développé (rire).

J - Parfait. Je vais donc vous parler de deux interventions que j'ai voulu développer dans mon mémoire parce que je trouvais qu'elles étaient potentiellement intéressantes et pertinentes pour

ce genre de public. Tout d'abord est-ce que vous connaissez le travail des équipes mobiles de gériatrie ?

E – Alors oui mais dans le sens où elles sont spécialisées dans une pathologie. Par exemple, les équipes mobiles expérimentales que j'ai présentées. Peut-être aussi le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) mais je ne suis pas sûre que ce soit pour de la gériatrie. Qu'est-ce qu'il y a d'autre...Non je ne sais pas.

J – Alors les EMG ce sont vraiment des équipes à part entière. C'est un sigle particulier donc ce n'est pas un SAMSAH ou un autre dispositif de ce style.

E – Alors je ne connais pas.

J – Comme vous ne connaissez pas je vais vous faire une définition. Alors les équipes mobiles de gériatrie ce sont des équipes qui sont spécialisées dans l'accompagnement du vieillissement. Elles ont une vision globale de la personne âgée. Ce sont des dispositifs sanitaires qui sont rattachés à des structures de soins et qui disposent d'une vision transversale, parce que ce sont des équipes pluridisciplinaires. Par exemple il y a obligatoirement un médecin, une assistante sociale etc. Et parfois y a des ergothérapeutes, mais ce n'est pas obligatoire. Le rôle des ergothérapeutes généralement c'est de poser un diagnostic ergo, de faire des mises en situation, des projets de maintien à domicile, des retours à domicile si la personne est un hôpital, etc. Les équipes mobiles de gériatries n'interviennent que sur demande de services intrahospitalier ou extrahospitalier, donc ça favorise aussi la coordination entre les acteurs prenant en charge le patient âgé donc en intra/extrahospitalier. Concernant les missions, ces équipes ont des missions d'évaluation, de préconisation et d'orientation, mais les professionnels de ce dispositif n'ont pas pour vocation de dispenser des soins. Il n'y a pas de suivi en fait.

E – Ok d'accord. Après pour revenir sur les autres équipes il y a aussi les équipes mobiles de soins palliatifs ou de gestion de la douleur qui prennent aussi en charge les gens âgés. Et ensuite il y a aussi les DAC qui prennent en charge des personnes âgées.

J – D'accord merci pour les précisions. En tout cas maintenant que nous avons la même définition de ce qu'est ou n'est pas une EMG, est-ce que d'après vous vous pouvez dire des avantages et des inconvénients principaux de ces EMG d'après vous ?

E - Bah déjà qu'ils puissent avoir un avis d'ergothérapeute s'il y en a un dans la structure car ils n'auraient pas forcément cet avis à d'autres moments ou ils ne le solliciteraient pas. Après il faut que je te donne les avantages/inconvénients pour les professionnels ou pour les personnes ?

J – Les deux sont intéressants à développer.

E – Alors du coup de pouvoir prendre une décision avec un regard pluridisciplinaire. Pour moi c'est essentiel. Je me souviens par exemple d'un monsieur que j'ai rencontré dans une maison de retraite où l'infirmière m'expliquait qu'il était venu en maison de retraite car une de ces portes ne lui permettait pas de passer entre la pièce de vie et sa chambre... Bref tout ça parce qu'il y avait une porte qui bloquait. C'est choquant je trouve en tant qu'ergothérapeute ce type d'histoire. Même si je n'ai pas connaissance du logement il y avait sûrement des solutions organisationnelles à trouver pour qu'il puisse rester à domicile. En plus, le monsieur il n'avait pas forcément envie d'aller en établissement. Donc dans ce cadre-là, l'équipe pluridisciplinaire aurait pu avoir un avis sûrement différent. Et sinon pour les avantages pour les personnes c'est le fait qu'une personne ou plusieurs viennent à domicile avec un regard conjoint et une écoute commune les difficultés que la personne rencontre. Ce n'est pas la personne qui se déplace en fait pour voir 3 ou 4 professionnels différents. C'est vrai que pour ça c'est intéressant. Mais il n'y en a pas en Ariège.

J – Alors il y en a une sur le \*\*\*\*\* en réalité. Mais je pense qu'elle n'est pas bien connue. Il n'y a pas d'ergothérapeute car il y a juste un médecin gériatre et un infirmier. Après il me semble que pour le côté « mobile » elle se déplace majoritairement de service en service mais qu'elle va rarement au domicile pour le coup.

E – Ah oui donc mobilité réduite pour le coup.

J – Oui malheureusement. Du coup selon vous d'avoir des EMG en ruralité est ce que ça pourrait être intéressant ?

E - Ah bah oui carrément parce que les personnes se déplacent moins. En plus les personnes âgées se déplacent moins de manière générale. Surtout qu'il y a moins de transport en commun en ruralité, donc en fait c'est plus difficile pour elles d'aller se mobiliser et d'aller se rendre à différents lieux. Donc l'avantage c'est qu'on va chez elles et qu'on peut voir le lieu de vie. Donc on peut observer beaucoup plus de choses que quand on les rencontre en dehors. Après c'est bien aussi parfois de les rencontrer en dehors, mais c'est bien aussi d'aller les voir chez elles. Je pense que d'avoir ces deux possibilités de temps en temps et de les voir en dehors, pour le côté repérage par exemple, ça permet de montrer d'autres choses.

J – Parfait. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur les équipes mobiles de gériatrique ?

E – Non c'est bon pour moi.

J – Très bien. Je vous propose donc de passer à la deuxième intervention que j’ai développée dans mon mémoire. Connaissez-vous la télé-ergothérapie ?

E - Alors des séances en visio oui ça a pu se faire pendant le COVID. Après de la télé-ergothérapie comme de la télémédecine où on va proposer des choses à travers un écran je n’ai jamais pratiqué. En vrai je ne sais pas si ça existe...

J – Alors je vais vous décrire ce que j’entends par télé-ergothérapie. Déjà c’est un concept qui est arrivé récemment en France, mais qui est connu mondialement notamment via le développement du numérique dans les soins. Donc nous en France c’est arrivé dans le contexte de pandémie COVID, parce que le ministre des solidarités de la santé a autorisé les ergothérapeutes à mettre en place le télésoin dans le cadre de l’état d’urgence. Cette mesure a été prolongée car il y a des avantages. Le but c’est déjà de lutter contre la désertification médicale, de permettre un suivi pour des gens qui ont des difficultés à se déplacer, de permettre de voir les capacités réelles du patient dans son lieu de vie, d’apporter également un soutien aux familles isolées, et de réduire les déplacements pour le thérapeute et son patient. Et au final tout ça amène à une prise en charge, un suivi. Toutefois il y a une limite posée législativement qui est qu’il y a une interdiction d’effectuer des bilans initiaux et des renouvellements de bilan par télé-ergothérapie car il faut voir physiquement la personne.

E - Donc il faut connaître déjà la personne en amont pour pouvoir faire ça ?

J – Il faut que la personne ait déjà été rencontré oui. Donc pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients de la télé-ergothérapie maintenant que je vous l’ai expliqué ?

E – L’idée si c’est de réduire les déplacements pour des familles isolées bon c’est vraiment intéressant. Surtout pour faire passer des bilans parfois ça prend du temps donc parfois il n’y a pas qu’un seul déplacement à faire. Surtout si c’est pour une personne âgée fatigable. Donc perso je vois ça comme un inconvénient de ne pas pouvoir réaliser les bilans en télé-ergothérapie. Après c’est quand même particulier pour la personne âgée d’utiliser le numérique et de s’exprimer à travers un écran avec une autre personne. D’ailleurs c’est particulier même pas forcément que pour les personnes âgées. Après c’est vrai qu’en avantage ça permet un accès... Enfin... Est-ce que ça permet un accès à de l’ergothérapie ? Honnêtement je ne suis pas forcément certaine parce que du coup si les bilans ne se font pas par ce dispositif. Il faut forcément que la personne ait déjà connaissance de l’ergothérapie pour pouvoir en bénéficier de cette télé-ergothérapie. Bon par contre peut-être qu’elle suivrait davantage les séances avec ça que si elle devait faire de la route tout le temps. Après je reste sceptique. Je ne suis pas trop pour ce genre de chose...

J – Qu'est-ce qui vous gêne ?

E – Je pense que ça peut marcher pour certains soins. Pour faire un peu comme de la stimulation cognitive qui se développe énormément. Typiquement j'ai été sollicité par un ergothérapeute qui a lancé une entreprise qui développe une tablette numérique pour faire de la stimulation de la mémoire et des capacités cognitives. Le nom m'échappe mais je m'en souviens. Donc typiquement pour moi la télé-ergothérapie on pourrait faire des choses comme ça, sauf que du coup ce serait une personne qui leur parlerait. Ils ne seraient pas tout seul devant une tablette. Après par contre pour du conseil à domicile faut sacrément bien s'exprimer ou que la personne elle arrive à se débrouiller avec la tablette pour montrer les agencement des pièces de son domicile. Après voilà il y a des inconvénients et des avantages. Je ne dis pas que c'est complètement refusé car il y a toujours des choses à prendre. Il y a forcément des choses qui sont positives et des choses qui sont négatives dans tout. Mais voilà l'idée c'est quand même de faire développer l'ergothérapie donc ça peut être un moyen.

J – D'accord merci. Est-ce que vous avez des choses à rajouter avant que l'on ne se quitte ?

E – Non, mais c'est très intéressant en tout cas.

J – Je vous remercie dans ce cas pour votre participation.

## Annexe n°6 - Entretien E3

J – Bonjour. Je m'appelle Julie Mouyssac et je suis actuellement étudiante en troisième et dernière année de formation au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Dans le cadre de la validation de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès d'ergothérapeutes. Mon mémoire porte sur l'accès des soins d'ergothérapie auprès d'un public de personnes âgées vivant encore au domicile et habitant en zone rurale. L'entretien que nous allons effectuer durera approximativement 45 min et a pour but de comprendre comment en tant qu'ergothérapeute nous pouvons faciliter l'accès de nos actes auprès de cette population. Dans un premier temps je vous poserais des questions sur votre cadre professionnel, puis sur la ruralité, puis sur le public des personnes âgées et pour finir je vous poserais des questions sur certaines interventions. Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

E – Non c'est clair merci.

J – Très bien. Alors pour commencer pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

E – Alors je suis Mme N. Je suis ergothérapeute depuis 2008 et j'ai été formée donc à l'IFE de Bordeaux. Je travaille dans les Hautes-Pyrénées depuis 2009 à l'hôpital. Notamment celui de \*\*\*\*\*. C'est à 20 km au nord du département des Haute-Pyrénées, au nord de Tarbes, et dans un milieu rural du coup. La ville principale de vie elle fait que 5000 habitants et elle est limitrophe. En fait le Val d'Adour c'est tout le territoire de santé de l'hôpital et il est limitrophe au Gers et un peu au 64. Donc voilà un milieu bien rural. Au départ j'étais dans les services hospitaliers : les USLD (Unités de Soins de Longue Durée), les SSR (Soins de Suite et Réadaptation), les unités cognitives. Et depuis 4 ans maintenant je suis sur l'extrahospitalier. Voilà je suis la seule sur l'extrahospitalier. Enfin on est deux maintenant, mais au départ j'étais la seule. Donc il y a une plateforme de répit et une équipe mobile et depuis le mois de mai ils ont augmenté mon temps sur l'équipe mobile, donc j'ai une collègue sur la plateforme de répit.

J - C'est une équipe mobile spécialisée dans quoi s'il vous plaît ?

E - En gériatrie. Je suis dans une équipe mobile de gériatrie.

J - D'accord très bien. Est-ce que vous pouvez me donner vos missions actuelles s'il vous plaît ?

E - Alors les missions actuelles c'est... Il faudrait que j'ai ma fiche de poste avec moi pour ne pas chercher les mots, mais en clair on est sur la prévention des facteurs aggravants en plus du vieillissement. On est sur le repérage des situations un peu complexes à domicile et sur la préservation de l'autonomie. Alors le gériatre bon au départ avait surtout mes missions sur



l'accompagnement dans l'aménagement des logements et des aides techniques, mais à force de découvrir et de militer on est vraiment maintenant sur une intervention occupation centrée. Donc j'interviens davantage sur les activités problématiques qui sont dépistées à domicile, donc ça a considérablement élargi les missions. Alors quand même on a accès sur certains axes, certaines thématiques. Donc avec les infirmières, on fait les sorties d'hospitalisation de SSR à 15 jours pour vérifier que tout se passe bien à la maison en sortie d'hospitalisation, et qu'ils n'ont pas d'autres problématiques parce qu'on sait que c'est des situations un peu fragiles. J'interviens aussi pas mal sur le thème des chutes avec les chuteurs à domicile. Donc c'est souvent un motif d'orientation pour repérer les facteurs de risque de chute et proposer des actions en lien. Ensuite on devient occupation centrée ; donc soit j'ai les aidants et les aidés sur des maladies neuro-évolutives et je fais des COTID (Community Occupational Therapy In Dementia), soit les personnes n'ont pas de troubles cognitifs et là c'est plutôt des méthodes CO-OP ou d'autres entraînements aux habiletés sur leurs activités à eux. Ensuite il y a toutes les autres problématiques diverses et variées voilà en plus de ça. Donc on a vraiment ces 5 axes définis quand même.

J – C'est varié effectivement. Juste une question pour que je puisse mieux comprendre votre prise en charge. Qui oriente pour la prise en charge d'ergothérapie dans l'EMG ? Le gériatre ?

E - On va se dire que 80% des personnes qui me sont orientées, sont orientées par le gériatre de l'équipe mobile, et 20% par les autres médecins, donc les autres gériatres de l'hôpital à l'issue des consultations gériatrique ou de l'hôpital de jour. Et puis parfois par des partenaires aussi. Par exemple, l'HAD peut m'appeler, bon assez rarement, mais parfois ils le font. Il y a le CLIC aussi. Voilà on peut avoir d'autres partenaire. Il y a les revendeurs de matériel médical parfois qui peuvent me rappeler sur des situations. Voilà on a 20% de partenaires, d'autres médecins ou d'autres structures.

J - Mais en général quand même c'est des patients qui sont dans l'hôpital que vous prenez en charge en fait dans l'équipe mobile c'est ça ?

E - Alors non car les 3/4 vivent à domicile. Ouais ils sont quasi qu'à domicile. Moi je ne fais pas d'intrahospitalier. Je fais que de l'extrahospitalier. Sinon c'est très rare, ça doit être 2 ou 3 interventions par an en intrahospitalier. En plus c'est vraiment parce qu'il n'y a pas d'autres spécificités ou que c'est un intervenant qui me connaît très bien. J'y vais pour dépanner (rire), mais ce n'est pas le propre de mon travail. Donc les gens sont à domicile et ils viennent en consultation gériatrique, et là parfois les autres médecins m'orientent, ou ils viennent à l'hôpital de jour et parfois l'hôpital de jour m'orientent. Mais sinon c'est le médecin de l'équipe mobile,

mais c'est vrai que notre médecin ne fait que de l'extrahospitalier aussi. Voilà en fait on est vraiment une équipe extrahospitalière. C'est un peu atypique. Il n'y a pas beaucoup d'équipes comme ça.

J – Effectivement. Personnellement via mes recherches j'avais compris qu'en général les EMG c'étaient plutôt en fait qu'il y avait des repérages au sein des hôpitaux qui par la suite pouvaient déboucher sur un suivi par l'EMG pour le retour à domicile.

E – Alors c'est vrai aussi. On a ça aussi. On a un médecin en intrahospitalier qui se déplace sur l'hôpital général, mais l'hôpital de Tarbes n'est pas du tout ouvert à d'autres professionnels et à des évaluations gériatrique... Ce n'est pas forcément évident... Donc ça reste très médical et c'est un autre médecin voilà. Nous on a développé vraiment l'extrahospitalier.

J – D'accord. Juste une question parce que j'avais eu d'autres entretiens un peu avant qui avaient évoqués certaines problématiques, notamment au niveau des frais pour les personnes. Est-ce que c'est à elles d'avancer des frais ou est-ce que c'est l'hôpital qui prend en charge l'acte comme vous en dépendez ?

E - L'hôpital prend en charge intégralement. Il y a eu une tentative de la direction générale de faire payer les consultations par le médecin. Après nous non. Enfin on a une équipe, donc il y a un gériatre, un temps plein et demi d'infirmier, 80% d'assistante sociale, il y a moins à 90% et une ASG (Assistant de Soins en Gérontologie) à 80%. Donc l'ASG, l'assistante sociale, l'infirmier et moi n'étions pas concernés dans tous les cas par cette demande car c'était plutôt une demande du médecin. Il voulait en fait que le médecin de l'EMG quand elle se déplace facture des consultations, mais elle a clairement refusé ça. Donc voilà ce n'est pas relancé.

J – Donc de base les personnes n'ont pas à payer à la fois pour votre déplacement à la maison et pour votre acte réel de consultation.

E – C'est ça. Après si c'est des nouvelles entrées, c'est-à-dire des patients non connus de l'hôpital, même si c'est rare ça arrive, on leur demande mutuelle et carte de sécurité sociale. Ils sont enregistrés sur l'hôpital après comme ça.

J – Très bien merci déjà pour tout ça. Maintenant que je connais un petit peu ce que vous proposez, je vais vous poser quelques questions sur le milieu rural. Donc actuellement vous exercez en milieu rural, pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux d'y travailler s'il vous plaît ?

E - Les avantages c'est d'être au plus près d'une population qui a quand même des difficultés de mobilité, d'accès aux soins, etc. Ça c'est vraiment chouette. Un des autres avantages c'est

qu'encore dans les Hautes-Pyrénées on a quand même beaucoup de famille, de voisins. On a quand même une entraide encore dans les villages. On a des familles qui sont encore présentes avec des enfants qui vivent à côté. Voilà ça c'est encore notre quotidien et c'est vraiment facilitant. Je trouve que par rapport à la ville on a des habitats un peu différents et un public un peu différent. Parce que je fais aussi l'équipe mobile de Tarbes, donc je vois quand même qu'il y a une différence entre ceux qui sont en ville, qui vont avoir accès à de l'information, à des magasins, à des revendeurs, et ceux qui sont en ruralité qui parfois manquent cruellement d'informations sur la filière et qui ont vraiment besoin d'être orientés et d'être accompagnés là-dedans. Donc un des désavantages, c'est évidemment que parfois on arrive sur des situations tard, parce que les gens ne sont pas informés et parce que les familles fonctionnent un peu comme elles peuvent très longtemps. Donc parfois on arrive sur les situations un peu tard. On aimerait quand même développer la prévention. Après il y a un temps de trajet, mais ça c'est un inconvénient que je nomme mais qui ne me dérange pas moi ni mes collègues. Mais bon le fait est qu'on fait de la route. Un peu plus qu'en ville où parfois voilà c'est un peu plus rapide. Qu'est-ce qu'il peut y avoir comme autres inconvénients... Bah l'isolement ! On a parfois des personnes, mais c'est valable en ville aussi hein, qui sont très isolées. Mais qui là vont être isolées géographiquement aussi, alors qu'en ville parfois on arrive à avoir des professionnels de proximité et géographiquement moins éloignés. Donc voilà là pour le coup vraiment ça touche quoi et peut être plutôt aussi. Après c'est des niveaux socio-culturels, j'ai l'impression mais je n'ai pas d'études et pas de chiffres, avec des niveaux un petit peu plus bas dans le sens où il y a beaucoup d'agriculteurs ici. C'est une génération où beaucoup n'ont pas eu accès à l'école et démarraient encore le travail très tôt. Bon ça changera d'ici 10 ans, mais voilà on a encore cette population-là.

J - D'accord. Effectivement vous avez donné un bon panel des avantages et des inconvénients, mais justement par rapport à cet environnement rural, comme ça fait quelques années quand même que vous êtes dans cet environnement et que vous pouvez en plus faire le parallèle avec la ville, comment est-ce que vous avez réussi à adapter votre pratique en ergothérapie à cet environnement rural ?

E - Comment je l'ai adapté ? Alors par le lien avec les familles et les aidants. Dans 90% des cas on a les enfants souvent qui sont là, mais parfois des aides à domicile ou d'autres structures, mais les aidants sont présents pendant nos rencontres et pendant quasiment toutes mes séances. Comme ça le lien est plus facile et je travaille vraiment avec eux. C'est-à-dire que les solutions je les trouve avec tout le système. Comme ça voilà je suis sûre qu'on est sur des choses pérennes et que je ne vais pas travailler des choses avec l'aidé que l'aidant n'arrivera pas à assumer

derrière. Donc l'aidant est toujours présent et quand il n'y en a pas on va trouver en créant un étayage de professionnels autour du patient. On se connaît bien sur le Val d'Adour, donc quand même on communique tout ça et on ne travaille pas seul. Ensuite je les accompagne souvent plus longtemps et notamment dans les démarches. Par exemple ce n'est pas juste je vais proposer et il n'y a rien derrière. Là il y a une personne il y a besoin en fait de réaménager un peu la chambre, et je ne vais pas juste le proposer mais je vais pouvoir aussi aller aider sa femme à le faire s'il y a besoin. On va un petit peu au-delà de nos missions premières. Voilà mais moi j'ai un médecin qui est pour ça. Il est pour que je puisse accompagner les personnes tant qu'elles en ont besoin sur leurs problématiques.

J - Vous les voyez jusqu'à combien de fois les personnes que vous suivez ?

E - J'avais calculé une moyenne mais à l'époque j'étais à 40% avant mai, donc ce n'est pas évident de donner là des chiffres parce que mon activité a changé depuis que j'y suis à 90%. J'ai pu étoffer les interventions et travailler vraiment différemment. Avant j'avais une moyenne à 3,5 séances par personne. En sachant qu'il y a des personnes que je vois une fois et d'autres dix. Ça varie oui. D'autant plus que là j'ai une ASG avec moi qui est très bien formée sur les troubles du comportement donc on travaille à deux, ce qui diminue mes séances sur ces besoins-là. Bon ça se réorganise là mais je pense que soit on est sur 2 ou 3 séances, soit on est sur 8 ou 10 séances. Soit il y a vraiment besoin d'être là dans le temps, soit 2 ou 3 séances suffisent pour que l'aidant soit lancé, et après c'est plutôt du coup de fil téléphonique.

J - D'accord. Parce que de ce que j'avais cru comprendre au niveau de la littérature sur les EMG c'était plutôt déjà quelque chose en intrahospitalier la majorité du temps, et en plus que ça permettait surtout de faire des bilans initiaux sur comment était la personne et son logement. Mais après que globalement une fois que la personne était sortie de la structure l'hospitalière il n'y avait pas de suivi particulier, alors que finalement vous faites des suivis pour le coup ?

E - Et oui et c'est là où on a une EMG atypique, mais qui pour tout tendrait à se développer parce que d'après ce qu'on croit entendre et ce que le gériatre nous rapporte l'ARS (Agence Régionale de Santé) aimerait développer davantage l'extrahospitalier sur les EMG. Mais oui c'est atypique. On ne voit pas les personnes à l'hôpital et les évaluations sont déjà faites par les hôpitaux de jour ou les consultations gériatriques. Même moi j'y vais toujours du coup en deuxième intention, donc je ne fais quasiment jamais d'évaluation globale d'une situation. C'est vraiment le travail du gériatre et de l'infirmière. Du coup quand je vais au domicile j'ai les évaluations qui sont déjà faites. Ce n'est pas moi qui passe les MMSE (Mini-Mental State Examination), les ADL (Activities of Daily Living) et les IADL (Instrumental Activities of

Daily Living). J'ai déjà une photographie du sommeil, de l'humeur, du moral, des premières informations sur les déplacements et sur le logement. Voilà j'ai déjà tout ça et j'y vais parce qu'il y a un problème dans la prise des repas, dans la préparation des repas, dans l'utilisation du téléphone, dans les déplacements à l'intérieur, etc. Donc j'y vais pour aller vraiment m'occuper de l'occupation problématique qui est repérée.

J - Donc c'est les gériatres qui repèrent et qui bilantent tout ça ?

E – Oui. Alors parfois il y a des médecins qui dans les consultations m'appellent parce qu'ils ont un doute sur une situation à domicile, et là ils ont besoin d'aller creuser sur le quotidien comment ça se passe. Donc dans ces cas-là je fais des évaluations un peu plus globales sur le logement, les aidants, les risques, la routine et les habitudes. Puis je renvoie ça ensuite au gériatre. Mais ça reste atypique quand même.

J - Personnellement c'est vrai que je suis très contente d'entendre ce discours parce que c'est vrai que malheureusement en théorie il n'y a pas ce suivi.

E – Et oui mais j'ai déjà rencontré des ergos qui font que des évaluations du coup, qui en plus sont un peu standardisées et donc qui ne sont pas toujours occupation centrée. Personnellement je trouve qu'ils y perdent un peu le sens quand même. Moi ce n'est pas mon travail ici, mais c'est bien.

J - Après finalement de ce que j'entends, que ce soit vis-à-vis du gériatre de l'EMG ou d'autres gériatres des hôpitaux votre rôle est quand même bien connu du coup ?

E – Oui, oui. Il faut continuer, c'est-à-dire que c'est vraiment un travail de longue haleine d'expliquer qu'on ne doit pas se résumer aux actions qu'on observe de nous qui sont très... souvent les gériatres nous cantonnent encore à certaines représentations, mais je crois que c'est surtout la liberté que j'ai de travailler qui fait que même si on m'oriente pour un sujet, je vais travailler comme j'en ai envie derrière. On ne m'impose pas des évaluations, ni un cadre, ni un nombre de séances, et donc du coup à force on arrive à faire comprendre autre chose. C'est petit à petit.

J - D'accord. Merci beaucoup. Maintenant on va recentrer sur la population que j'étudie, donc les personnes âgées et leur vieillissement. Alors déjà pouvez-vous me dire quels sont les risques principaux du vieillissement selon vous ?

E – Les risques que j'observe moi... On est d'accord qu'on sort de la théorie et qu'on est dans la pratique pour cette question ?

J - Comme vous voulez.

E – Ok mais voilà ça me paraît pas mal d’être sur les principaux risques que je peux observer au sein de ma pratique. Alors je dois m’axer sur la personne âgée et pas forcément sur les aidants ou le système ?

J – Personnellement je prends toutes vos réflexions. Je vous laisse développer ce qui vous semble le plus pertinent.

E – Bon alors le plus gros risque que j’observe ou qui m’est rapporté c’est le risque de chute. C’est quand même celui qui génère la plus grosse inquiétude de la part des familles et qui fait que ça aura un impact sur l’autonomie. Je rencontre beaucoup de familles qui empêchent les personnes âgées d’entreprendre des activités parce qu’elles ont trop peur qu’elles tombent et qui instille cette peur là aussi. Donc quand même le risque de chute il n’est pas négligeable, même si parfois il est pas réel. Voilà avec des personnes qui parfois gardent de très bonnes ressources, mais qui sont vraiment limitées par leurs proches d’accord. Ensuite quand le risque est avéré parce qu’on a un déclin des habiletés motrices (force, effort, une posture qui se modifie, etc.) là on va avoir pas mal des risques liés au syndrome de désadaptation motrice. Voilà pour le volet moteur. Ensuite il va y avoir tout ce qui est sensoriel, mais ça sur l’EMG on voit que c’est pas mal déjà traité. Les personnes ont déjà des soins dentaires, les lunettes, les appareils auditifs, etc. S’il y a des personnes un peu seules qui ont des DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l’Age) là je suis appelée parce qu’il y a une méconnaissance, surtout sur le Val d’Adour pas sur Tarbes mais sur la ruralité, car les personnes âgées ne savent pas du tout où se tourner (quelles aides existent ? Comment on aménage le logement par rapport à ces troubles visuels évolutifs qui arrive tard ? etc.). Sinon quand même pour tout ce qui est de la sphère sensorielle c’est assez calé, donc sur ça on intervient assez peu. Ensuite c’est tout ce qui est troubles cognitifs. On ne va pas être dans le vieillissement physiologique, on est plutôt dans le vieillissement pathologique. Là c’est quand même bien 70% de notre population qui ont ces troubles-là. Sur ces troubles-là les risques vont être sur les risques d’accidents domestiques. Donc là on balise beaucoup où est ce que les personnes en sont, qu’est-ce qu’elles continuent à faire, comment est-ce qu’elles le font, est-ce qu’elles ont des apraxies ou des agnosies, etc. Voilà ça va être un peu plus. Moi je rentre pas mal dans le détail des risques domestiques et d’accidents domestiques pour les prévenir, parce qu’on on voit un peu de tout. Les familles ne sont pas toujours informées de la manière dont ça peut évoluer aussi. Il y a de la méconnaissance. C’est un des plus gros risques. Après bon y a les risques de fugue, mais là le système va s’organiser rapidement. En général ça arrive une fois mais pas deux. Je suis parfois appelée pour des informations sur la géolocalisation ou des choses comme ça. Après je suis appelée pour ça mais j’ai rarement fait une mise en place derrière. Après même si c’est rare je

demande à être appelée pour ça parce que justement c'est rarement ce qui se met en place derrière, donc ça permet d'aller essayer un peu et de faire avancer les familles sur le vrai risque (où est-ce qu'il est ? comment on s'organise ?). Est-ce que j'oublie d'autres risque ? Ah la motivation quand même je crois. Après moi je vois des personnes où on dépasse un peu le vieillissement physiologique et où on est plutôt sur le vieillissement pathologique. Donc voilà il y a quand même déjà un impact sur les activités sociales et souvent instrumentales, donc il y a un impact sur le moral, sur la motivation et sur l'organisation du quotidien. Finalement quand on rencontre des personnes qui se sont déjà bien adaptées et qui ont des bonnes stratégies de compensation, on est sur des vieillissements un peu réussis et où ça va plutôt bien. Là on va travailler plutôt sur du CO-OP avec les gens sur leurs thématiques. Là ça va aller assez vite. Ce n'est pas ce qui pose le plus de soucis.

J - D'accord. Justement je voulais vous poser une question au niveau des suivis que vous proposez. Est-ce qu'il faut toujours qu'il y ait la personne âgée et un aidant en même temps ou est-ce que parfois vous prenez uniquement la personne âgée ?

E - Pas toujours mais s'il y a un aidant (un enfant, un proche, un époux, un voisin) moi j'aime bien qu'il soit là.

J – Qu'est-ce que ça apporte de plus ?

E - Alors en fait ça dépend de l'implication de l'aidants. C'est-à-dire que je demande à ce que les aidants qui sont impliqués, présents régulièrement et qui aident au quotidien soient présents. Après si c'est un voisin qui n'intervient jamais ou qui est juste là pour être la téléassistance il ne va pas venir. Ce n'est pas une obligation. Mais si un aidant est amené à intervenir régulièrement ou quotidiennement, là c'est intéressant. Déjà parce qu'il faut les entendre eux aussi, parce qu'il y a des risques d'épuisement et que quand la sphère cognitive est atteinte il y a des risques de troubles du comportement. Il faut quand même travailler avec l'aidant rapidement. Et s'il n'y a pas de problèmes cognitifs on sait que les conseils qui peuvent être mis en place avec l'aidé si l'aidant qui est là tous les jours ne veut pas le faire, ça ne se fera pas malheureusement. On ne peut pas proposer un guidon de transfert à l'aidé si l'aidant n'a pas envie de l'utiliser même si c'est la bonne aide. Donc en bref ça simplifie et puis c'est beaucoup plus rapide si on arrive à avoir la famille tout de suite ou l'aidant tout de suite. Ça permet en plus de rentrer encore plus dans le système qui est autour de la personne. D'autant plus que nous on est là une fois. Enfin on est là sur une période pour une problématique donnée mais après moi je ne suis plus présente. Donc j'ai quand même besoin de savoir si ça va se pérenniser ou pas. Le plus simple c'est d'avoir les acteurs.

J - Est-ce que c'est déjà arrivé que vous preniez quelqu'un dans un cadre un petit peu de prévention au début et que vous repreniez en charge cette personne qui s'est dégradée pour x ou y raison ?

E – Alors ça, ça arrive très souvent. Ça arrive très souvent parce que je rappelle en fait. Alors il y en a certains que je ne revois pas mais ils sont rares. Par exemple, là il y a une dame que je suis et qui a un très bon vieillissement. Elle a des capacités d'adaptation. Elle a plein de stratégies. Je dirais presque qu'elle a peu besoin de moi, si ce n'est pour de l'information sur ce qui existe pour ouvrir son champ des possibles. Toutefois il y a quand même une posture qui s'altère, un épuisement et une fragilité. Là il me reste une séance avec elle sur l'aménagement du logement, mais je vais la revoir et je vais la rappeler tous les 6 mois pour savoir comment ça va. Quand je repère des personnes un peu à risque ou des maladies évolutives (Parkinson ou toutes ces maladies-là) là je rappelle, parce qu'il va forcément y avoir des évolutions dans la prise en charge

J - Parce que le but principal de voir ces personnes-là à domicile c'est quoi exactement ?

E – C'est de permettre le maintien à domicile déjà. D'éviter les hospitalisations et d'éviter que les passages aux urgences aussi, parce que c'est compliqué aujourd'hui les passages aux urgences et les hospitalisations. Ce n'est pas quelque chose qui est recommandé quand même. Donc d'éviter ça et d'instiguer un peu une culture gériatrique aux professionnels de terrain, au médecin traitant, à travers notre compte-rendu et nos observations, à travers ce qu'on va pouvoir préconiser (on forme et on informe) on prévient une aggravation potentielle. Ensuite pour les aidants c'est vraiment pour qu'ils arrivent à aider leurs proches avec plus de satisfaction. Et pour les gens on cherche le maintien à domicile, l'autonomie et le maintien des habitudes de vie et des activités importantes. On est sur ces 4 volets quand même c'est déjà large. Après ça rejoint les missions principales sur ma feuille de poste.

J - Justement je repars sur votre manière d'accompagner le vieillissement. Comment est-ce que vous avez réussi en tant qu'ergothérapeute à adapter votre pratique à cette population des personnes âgées ?

E - Alors déjà j'ai quasiment fait que de la gériatrie. Ceci étant c'est la même démarche d'intervention pour tous. Si on reprend votre outil de l'OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model) on est là-dessus peu importe la maladie. Donc moi je me suis clairement raccrochée à la méthode et après c'est des connaissances de pathologie qui vont permettre d'avancer.



J - Parfait merci. Par rapport à l'intervention en ergothérapie pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux de vieillir en milieu rural ?

E - Vieillir en milieu rural... Alors moi je commence à avoir une vision politique de la chose (rire). Je trouve quand même que les politiques actuelles centralisent dans les villes et ce n'est pas du tout une bonne chose. Donc il y a une perte des commerces de proximité, des acteurs de proximité, et c'est l'isolement le principal risque de tout ça. On voit qu'avant l'épicerie venaient par camion dans les villages et ça ne se fait quasiment plus. Pareil pour la poste ou les boulangers. Donc ils ont un arrêt là comme ça, prématuré à mon sens, des activités sociales et de loisirs, et de l'accès aux soins. C'est vraiment dommage. D'autant que là ils centralisent tout. Par exemple nous ça va être à Vic, mais derrière ça demande de mettre en place des structures et de délocaliser. Donc je ne sais pas et je ne comprends pas trop la politique. Après niveau avantage voilà c'est la campagne, c'est beau, c'est apaisant. C'est leur cadre de vie, c'est leurs histoires des villages... Enfin voilà il y a des villages qui ne s'en tirent pas trop mal encore, mais encore une fois ça va dépendre des politiques.

J - D'accord. D'ailleurs en parlant de l'accès aux soins des dispositifs. D'après vous quels dispositifs existes actuellement pour proposer une prise en charge ergothérapique aux personnes âgées vivant en zone rurale ?

E - Ici il n'y a que moi quasiment. Il y a aucun libéral. On est 5 libéraux dans le département. Donc la pratique libérale elle est marginale. En plus toutes les autres elles sont à Tarbes. Tu vois en plus. Alors le DAC va commencer à financer des prestations de libéraux pour les personnes âgées. Elles appellent le DAC parfois. Sinon l'HAD peut appeler mes collègues libérales sur des situations ici sur le Val d'Adour parce qu'ils ont des enveloppes pour ça. La Prime Adapt ça ne marche pas très bien parce qu'il y a des ergos qui trouvaient dommage d'être centrées sur l'aide technique et l'aménagement du logement, et d'autres qui financièrement ne font pas forcément le déplacement. Après clairement à 5 libéraux dans le département, j'ai un emploi du temps chargé. Donc là il y a moi et niveau accès aux soins je suis la seule à être assez accessible. Après il y a une autre ergothérapeute qui travaille sur la plateforme de répit, mais là il faut que ce soit des maladies neuro-évolutives, et c'est auprès des aidants et pas auprès des aidés. Ici l'aidant est le premier patient qui fait la demande et c'est pour lui que l'ergothérapeute va travailler en première intention sur ces problématiques d'aidants. Après elle n'est là qu'une journée tous les 15 jours et ne peut pas voir grand monde du coup. Ensuite il y a les ergothérapeutes de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) notamment Mme.M qui travaille à l'APA elle a 6000 bénéficiaires dans le département. Après il y a des ergos qui bossent aussi chez des revendeurs, mais là on n'est pas sur de l'ergothérapie tel qu'on nous

l'enseigne. On est dans des cadres d'exercice très limitants et qui se focalise sur certains moyens d'action. Les revendeurs c'est de l'essai de matériel mais elles ne vont pas faire le reste. De même l'ergo de l'APA elle va valider des projets qui rentrent dans le cadre de financement et elle ne va pas travailler la préparation des repas ou l'entraînement à l'utilisation d'une aide électronique. Pour moi je sais que je serais trop frustrée dans ce genre de prise en charge. Il y aurait trop de limites et puis ce n'est pas comme ça qu'on peut je pense être thérapeutique. Je pense qu'on utilise nos compétences mais qu'on n'utilise pas notre outil thérapeutique d'activité. Donc voilà on est peu nombreux et je suis la seule à faire vraiment de l'ergothérapie pure et dure en plus. Après voilà mes collègues sont accessibles mais financièrement pas toujours. C'est le problème du libéral car les gens ne payent pas. Là j'ai une famille qui m'a dit justement hier « mais on s'est renseigné pour savoir combien ça coûtait d'avoir une ergothérapeute » parce qu'ils avaient peur de devoir me payer à la deuxième séance. Du coup ils ont regardé les bilans et ils m'ont dit qu'ils n'auraient pas payé ça.

J – Au moins l'avantage avec l'EMG c'est que vous êtes prise en charge. D'ailleurs je me permets de revenir sur les interventions que vous avez évoquées. Vous vous m'en avez cité quelques-unes mais pouvez-vous me décrire en prenant un exemple concret le déroulé d'une de vos interventions qui illustrerait le mieux la prise en charge l'ergothérapie des personnes âgées vivant en zone rurale ?

E – Je vais en citer une parce qu'elle est représentative de l'urgence dans laquelle peuvent se retrouver certaines personnes âgées, même s'il y a des interventions plus idylliques. C'est un couple qui vit à la Maillou. C'est un petit village très étendu en zone rurale. Concrètement pour arriver chez eux c'est un chemin de terre sans ligne blanche. C'est un couple d'anglais et ils vivent dans une maison de plain-pied en pierre typique d'ici. Maison assez sombre quand même à l'intérieur des petites fenêtres, des murs épais et beaucoup d'objets. Ils sont un peu là-dedans mais ils ont refait leur salle de bain quand même il y a 56 ans en prévention. Donc c'est pas mal. Lui il fait 1m80 et il ne parle pas très bien le français, et sa femme parle bien le français et elle est plus petite. Or il se passe qu'il commence à chuter à la maison. Rapidement il va développer un syndrome post chute et des désadaptations motrices. Il n'arrête pas de chuter. Il chute environ deux fois par semaine. Donc l'équipe mobile est appelée par le médecin traitant. Elle fait une première évaluation gériatrique et l'hospitalisation n'est pas indiquée à ce moment-là parce qu'il a encore des bonnes ressources. Son épouse ne le souhaite pas. Il n'y a pas d'épuisement et tout se passe assez bien. Mais quand même le gériatre me dit qu'il faudrait aller voir le matériel et l'aménagement pour voir qu'est-ce qui peut limiter les chutes. Donc j'y vais, sauf que j'y vais 3 semaines après. C'est à peu près le délai que j'ai entre leur intervention et la

mienne. Ce qui est quand même rapide mais parfois non. Là en l'occurrence le syndrome post-chute c'est quand même assez aggravé et l'aidante est épuisée et inquiète. J'arrive, c'est un peu compliqué et je suis presque gênée d'être là parce que je sais que je vais lui demander de l'énergie et qu'elle n'en a plus. Je suis presque gênée de venir les aider quoi tellement la situation est aiguë. Lui au fauteuil est assez endormi. Donc j'arrive là-dessus et typiquement je fais une MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) pour voir un peu quelles sont les activités qui posent le plus de problèmes. Mais je ne fais pas de cotation parce que c'est trop épuisant là et elle n'est pas du tout réceptive. Donc juste voilà qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous aujourd'hui. On commence à réfléchir tout de suite sur les activités et il y a la préparation des repas qui commence à lui coûter parce que ça lui demande trop de temps, et qu'elle a besoin de plus de temps pour surveiller son mari. Ensuite il y a le risque de chute et des déplacements et comment on peut arriver à les sécuriser. Durant la première évaluation on cherche ensemble des relais, des stratégies, des informations sur tout ce qui peut exister pour l'aider un peu dans la préparation de ses repas. Ensuite on fait un bilan de chute pour voir les situations les plus à risque. Là on oriente un relais sur un professeur d'activité physique qui va pouvoir venir à la maison en même temps que moi (enfin dans la même temporalité du moins), pour qu'il puisse bosser sur le syndrome post chute tout de suite. Parce que ce monsieur n'a pas de kiné. Maintenant je les accompagne dans l'essai du matériel et pour l'aménagement du logement. Par contre je fais ça tout de suite car elle n'a plus d'énergie. Elle n'y arrive pas donc c'est moi qui me mets en lien avec les revendeurs, qui vais chercher les aides techniques, qui vais les essayer avec elle, qui règle le déambulateur, etc. Je fais des tests pour avancer un peu le lit, déplacer le meuble, reculer le tapis, etc. En bref j'essaie d'autres choses. Je lui donne de l'informations pour qu'elle soit mieux armée sur qu'est-ce que c'est que les chutes, vers où on va, quelle est l'alerte principale... Donc voilà typiquement on peut arriver dans des situations un peu comme ça. Je commence toujours par une MCRO pour bien cibler le problème parce que ce qui est repéré par les gériatres n'est pas toujours le problème prioritaire des aidants, et que c'est quand même vers ça qu'il va falloir aller. Parce que si elle ne tient pas, lui il ne tiendra pas.

J - Et pour une personne qui serait par contre vraiment seule à domicile, comment vous faites s'il n'y a pas du tout d'aidants, de voisins ou autre ?

E - Là c'est un gros risque. Si c'était lui qui m'avait été orienté par le CLIC, et que j'étais arrivée dans la même situation et qu'il n'avait pas eu d'épouse, clairement j'aurais appelé la gériatre pour lui dire de vite venir le voir. Il y a besoin d'une photographie à cet instant précis. Là il y a besoin de savoir un peu comment ça se passe, et l'évaluation qu'on fait elle se fait

souvent en équipe. Parfois ça peut pour le coup mener à une hospitalisation si l'état de santé est trop fragile, et qu'il n'y a personne au domicile pour étayer et pour soutenir un problème médical. S'il n'y a personne qui peut être là pour veiller ça peut être un motif d'hospitalisation, mais ça ce n'est pas moi qui vais le décider seule. Après c'est arrivé hein. C'est arrivé par contre que j'aïlle à domicile dans des situations complètement alarmantes, mais là j'appelle le gériatre et je lui décris. Si elle ne peut pas venir ou si vraiment à l'évaluation que je peux faire il y a besoin d'une hospitalisation, j'appelle après les SSR et les médecins, et on cherche une place.

J – Effectivement ça peut être vraiment urgent pour le coup. Justement je me permets de relancer sur une autre question qui peut être vue en parallèle. Comme vous dites qu'il y a quand même au niveau des dispositifs malheureusement des limites. Imaginons un monde parfait, quels dispositifs seraient à mettre selon vous en place pour permettre un meilleur accès aux soins d'ergothérapie pour ces personnes âgées vivant en milieu rural ?

E – Pour favoriser l'accès à l'ergothérapie il faudrait rembourser nos prestations en libéral. Je pense que ça nous permettrait de voir des personnes plus tôt, parce qu'à l'hôpital ils arrivent tard sur les filières hospitalières. Moi quand je rencontre les gens ils ont déjà un parcours de soins. On les voit tard. Donc dans leurs parcours de soins, les premiers intervenants c'est les libéraux ; enfin les médecins, les infirmiers, les kinés... Donc voilà il faudrait quand même qu'on y aille vers ça pour intervenir plus tôt. Après ici on a les dispositifs des CLIC qui sont hyper intéressants, et à l'époque il y a eu un temps une ergothérapeute sur le CLIC. C'était vraiment bien. Après le dispositif a arrêté d'être financé par l'ARS, mais pourtant ça a donné vachement d'accès le CLIC. Donc soit comme moi sur des structures hospitalières, mais malheureusement sur l'équipe mobile on est quand même appelé très tard. Je reste un peu sur les mêmes publics que les autres équipes mobiles avec des gens un peu fragiles. Après ici ils me connaissent. Dans le réseau ils commencent à connaître mon intervention. Donc c'est vrai parfois ils m'appellent plus tôt sur des gens plus autonomes, et là plus pour de la prévention, mais ces gens-là ils ne devraient pas être vus par moi. Je pense qu'ils devraient être vus vraiment à l'avance, pour justement pour plus de prévention. Et du coup que l'ergo sur l'équipe mobile se concentre sur les situations plus urgentes et peut être plus aiguë et complexe. Et aussi qu'elle puisse être là un peu plus longtemps.

J - Après c'est vrai que le problème des libéraux c'est qu'aussi au niveau des populations c'est souvent des enfants et pas forcément des personnes âgées.

E - Parce qu'on n'a pas de remboursement. C'est pour ça que de rembourser l'ergothérapie libérale ça aiderait l'accès aux soins en milieu rural. Je pense qu'en faisant ça il y en a qui

s'installeraient en libéral dans les milieux ruraux. C'est un véritable problème pour moi. Après il y a aussi des relais de la mobilité, même si ça c'est l'accès aux soins de manière générale, mais franchement les hôpitaux de jour se développent de plus en plus. Là on va en ouvrir un. Le nôtre il est juste à visée évaluative pour l'instant, mais vont se rattacher aux SSR des hôpitaux à visée réadaptative. Et donc dans ces hôpitaux de jour-là il y aura de l'ergothérapie... ou du moins ici en tout cas. Mais du coup c'est la question de la mobilité : on les amène comment c'est patient là ? Donc c'est aussi les transports quoi. C'est l'accès aux soins vraiment très global en fait. Voilà parce qu'après le travail dans les hôpitaux de jour... Enfin le travail à domicile et dans le lieu de vie il est capital quand même.

E - Parfait merci pour votre réponse. Bon là nous avons bien avancé car nous avons réussi à aborder la ruralité, la vieillesse, le lien entre ces deux concepts et vous m'avez expliqué le fonctionnement de votre EMG. J'ai juste une dernière question sur les EMG à vous poser car pour l'instant vous avez exposé les avantages des EMG mais quels sont les inconvénients des EMG ?

E - Ah ben là on est en galère en ce moment. On a une infirmière en congé maternité. Donc clairement quand même en termes d'effectifs ça tient à un fil. C'est le genre de dispositif s'il n'y a pas de médecin ça peut tomber à l'eau. Si voilà s'il n'y a pas les professionnels, si on n'arrive pas à recruter les professionnels... Il y a quand même à l'hôpital un vrai problème de recrutement là. Ça vraiment je pense que ça nous impactera un jour aussi. Voilà pour la partie désavantage. Après nous on a quand même un médecin à temps plein et un délai d'intervention assez rapide car elles y vont des fois sous une semaine/15 jours. C'est quand même assez rapide. En plus on se déplace assez loin car on fait jusqu'à 40 min de route. Après là ce que ce que disent mes collègues infirmiers sur le dispositif c'est le problème de ne pas avoir le temps de rappeler et de suivre les situations. Elles, elles sont beaucoup dans une évaluation, une photographie de la situation, des propositions et on arrête là. Les familles rappellent par contre. Nous on n'est pas sollicité que par des professionnels parce que des familles appellent beaucoup aussi avec le bouche-à-oreille... Mais voilà elles disent qu'elles n'ont pas le temps et ne programment pas de rappel de suivi. Donc finalement elles sont contentes de nous avoir à nous derrière avec l'assistante sociale et l'ASG, parce que nous on va suivre un peu la situation. Et surtout on va créer du lien et renforcer finalement le lien de confiance entre les aidés, les familles et nous. Ce qui fait que les familles vont rappeler aussi. Vraiment je pense que c'est grâce à l'équipe étoffée qu'on arrive à faire ça quand même. Sinon il y aurait peut-être moins de suivi, moins de lien de confiance... Après en autre inconvénient, c'est qu'il faut des professionnels formés et bien formés tout de suite. Parce que ça peut capoter. Alors il n'y a pas

d'histoire de jeune diplômé ou non, ou d'âge d'obtention du diplôme, mais plutôt de perspicacité et d'autonomie. Il faut des compétences qui ne sont pas forcément nécessaires dans un milieu hospitalier où on va être encadré particulier. Là quand on bosse on est seul. On est dans des situations où il faut très vite aller à l'essentiel. Il faut savoir communiquer parce qu'il y a des gens en colère, fatigués, déprimés, et l'idée ce n'est pas de leur nuire. Le rendez-vous en soi doit être déjà thérapeutique. Donc pour moi il faut quand même des compétences. Je pense qu'on ne pourrait pas mettre n'importe quel professionnel.

J - Donc pour vous il faut que tous les professionnels de l'EMG soit capable d'autonomie dans tous leurs actes ?

E – Oui. Il faut être autonome, être perspicace et absolument pas dans le jugement. Il ne faut pas avoir peur non plus de travailler en réseau, parce que voilà comme on intervient ponctuellement et qu'on n'a pas tous les acteurs avec nous à ce moment-là, on n'a qu'une lecture de la situation. Il faut s'entourer pour relayer. C'est vraiment un gros job. Il y a beaucoup de coordination derrière.

J - En fait il faut arriver à être autonome et en même temps savoir transmettre les informations aux collègues et au reste de l'équipe du coup ?

E – Oui. Finalement nous on est une équipe. On se soutient beaucoup et on échange beaucoup. Mais à domicile on travaille auprès des patients avec d'autres équipes qui habitent autour d'eux. Or, ce travail-là quand on arrive comme ça de manière ponctuelle, si on veut qu'il soit bien accepté il va falloir réussir à composer avec tous les acteurs. Plus il y a des risques et plus il faut le faire.

J - D'accord. C'est vraiment pour que chacun ait une vision de la situation globale et apporte son point de vue en fait ?

E - Exactement et pour que nous on puisse soutenir ces intervenants, parce que quand on arrive c'est qu'en général il se passe quelque chose et qui a besoin d'un appui. Il est demandé par soit les infirmiers, soit les médecins traitants. Donc il est demandé mais il va falloir aussi que ça leur apporte quelque chose à ce système parce que voilà on ne peut pas arriver-balancer-repartir.

J – Effectivement. Merci pour votre réponse. Elle était très complète. Bon normalement je suis censée vous parler aussi d'une autre intervention que j'ai développé dans mon mémoire en plus de l'EMG. Est-ce que vous connaissez la télé-ergothérapie ?

E – Non pas du tout.

J - D'accord. Pouvez-vous toutefois essayer de me verbaliser ce que vous supposez que c'est comme dispositif ?

E - Alors je n'en ai jamais entendu parler réellement, mais là comme ça complètement au pif je dirais que c'est une téléconsultation d'ergothérapie. Ce n'est pas ça c'est ça (rire) ? Après tout la santé va vers ça. En fait j'en ai entendu parler par les étudiants et les écoles, notamment celle de Toulouse, mais pas avec ce nom-là.

J – Pas de problème. Je vais du coup vous expliquer en résumé ce que c'est pour qu'on ait une définition commune. Déjà c'est un concept qui est arrivé récemment en France, mais qui est connu mondialement notamment via le développement du numérique dans les soins. Donc nous en France c'est arrivé dans le contexte de pandémie COVID, parce que le ministre des solidarités de la santé a autorisé les ergothérapeutes à mettre en place le télésoin dans le cadre de l'état d'urgence. Cette mesure a été prolongée car il y a des avantages. Le but c'est déjà de lutter contre la désertification médicale, de permettre un suivi pour des gens qui ont des difficultés à se déplacer, de permettre de voir les capacités réelles du patient dans son lieu de vie, d'apporter également un soutien aux familles isolées, et de réduire les déplacements pour le thérapeute et son patient. Et au final tout ça amène à une prise en charge, un suivi. Toutefois il y a une limite posée législativement qui est qu'il y a une interdiction d'effectuer des bilans initiaux et des renouvellements de bilan par télé-ergothérapie car il faut voir physiquement la personne.

E - Finalement en vous écoutant je me rends compte que j'en avais déjà entendu parler. Mais par contre je ne sais pas qui les met en place et comment. En fait est-ce que c'est de la propre initiative des ergos ? Est-ce qu'il y a des logiciels pour ça ? Est-ce que si on fait ça on est référencé sur une base de données accessible à tout le monde ? Tout ça ce n'est pas venu jusqu'à nous en fait.

J - Eh bien justement avec ce que je vous en ai dit et ce que vous en imaginez quels seraient donc les avantages et les inconvénients principaux de la télé-ergothérapie ?

E - Alors pour moi l'avantage est dans le suivi mais pas dans l'évaluation. Parce que par téléphone quand on prend les premiers rendez-vous on se dit déjà beaucoup de choses, donc c'est déjà un dégrossissement. Je ne pense pas que ce soit nécessaire d'avoir une visio pour ça. Donc le téléphone ça paraît pas mal. Ensuite après en première évaluation, enfin moi je trouve hyper important de voir et d'être au contact physique des gens. En plus, si on n'est pas dans quelque chose de standardisé lors du premier bilan, donc de la première MCRO, on va pouvoir tout de suite aller vers des mises en situation et tout de suite réguler/paramétrer/ essayer des

choses que la visio ne va pas forcément permettre à mon avis. Donc je ne suis pas sûre que ça fasse gagner du temps sur les premières rencontres. Je pense que prendre le temps à la maison où on fait souvent plusieurs séances en une et adapter vraiment son intervention à la première activité principale ça ça fait gagner du temps. Parce que si on utilise la visio on ne va pas pouvoir faire de Tinetti, on ne va pas pouvoir voir si la personne comprend bien les ordres, on ne va pas avoir une idée de ce que sont ces déplacements dans tout logement (ils ne vont pas se balader avec leur ordinateur ou leur tablette). Pour moi le côté de l'identification il n'est pas jouable car il y a besoin quand même de ça dans les premières évaluations. Après dans le suivi ça peut être intéressant. Moi je l'ai déjà fait pendant la pandémie. Bon comme à l'époque il n'y avait pas vraiment de réglementation j'ai dû passer par mon WhatsApp personnel, car cette pandémie elle est arrivée très vite et il fallait garder le lien. Moi j'avais des patients avec qui j'avais commencé à travailler notamment sur des outils de compensation cognitive, et qui m'ont montré. On a beaucoup bossé avec les photos et les visios parce qu'ils avaient besoin de me montrer ce qu'ils faisaient. Puis on mettait en place des stratégies et ils me montraient ce qu'ils avaient fait comme aménagement. Donc on a suivi pas mal de familles comme ça.

J - D'accord et là c'était les personnes âgées directement qui vous contactez ou c'était plutôt les familles ?

E - Les deux. J'ai eu notamment le cas de deux personnes âgées assez jeunes avec qui j'ai continué les séances en visio. Les familles elles elles passaient surtout en visio davantage les photos. On a pas mal marché avec les photos et les téléphones mais certaines, notamment deux, en visio. Donc pour se voir un peu pour le suivi je pense que c'est pas mal. Par contre là ça peut faire gagner du temps.

J – Après pour les freins je suppose que c'était plutôt le côté matériel et organisationnel ?

E - Alors très franchement le gros frein là que j'aurais moi c'est l'absence d'outil informatique chez les gens. Alors ça arrive de plus en plus que les aidants nous donnent des mails, donc on communique par mail ça arrive, mais on n'y est pas quand même pour tout. Par exemple la tablette installée chez la personne âgée avec Skype on n'y est pas encore. J'avoue que ce n'est pas une pratique qu'on a beaucoup pensée parce qu'elle est trop marginale pour l'instant. Ce n'est pas encore assez utilisé.

J – D'accord, très bien. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur par exemple la télé-ergothérapie ou les équipes mobiles ? Est-ce que vous voulez revenir sur quelque chose en particulier ?



E – Non, non. On est assez contents. Je pense que là on aimerait ouvrir et développer un vrai volet d'éducation pour les professionnels du réseau, pour diffuser un peu plus la pratique gériatrique et les recommandations des bonnes pratiques. On va aller vers ça et c'est bien. Et peut-être à plus long terme de l'éducation thérapeutique. Voilà pour les projets. Donc on est vraiment voilà une équipe mobile un peu atypique et finalement assez proche du réseau.

J - Franchement je pense que c'est très bien. Personnellement je trouve ça très intéressant.

E - C'est vraiment chouette et je pense que j'ai de la chance.

J - Bon je pense que je vais pouvoir vous remercier si vous n'avez rien d'autre à rajouter ?

E - Ca va pour moi. L'entretien était très bien mené.

J - C'est grâce à vous. Vous m'avez dit beaucoup de choses. Je vous remercie.

## Annexe n°7 - Entretien E4

J – Bonjour. Je m'appelle Julie Mouyssac et je suis actuellement étudiante en troisième et dernière année de formation au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Dans le cadre de la validation de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès d'ergothérapeutes. Mon mémoire porte sur l'accès des soins d'ergothérapie auprès d'un public de personnes âgées vivant encore au domicile et habitant en zone rurale. L'entretien que nous allons effectuer durera approximativement 45 min et a pour but de comprendre comment en tant qu'ergothérapeute nous pouvons faciliter l'accès de nos actes auprès de cette population. Dans un premier temps je vous poserais des questions sur votre cadre professionnel, puis sur la ruralité, puis sur le public des personnes âgées et pour finir je vous poserais des questions sur certaines interventions. Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

E – Non c'est bon.

J – Très bien. Alors pour commencer pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

E – Je suis Mr.N. J'ai obtenu mon diplôme d'ergothérapeute en 1990 en sortant de l'école de Montpellier. Je travaille au \*\*\*\*\*. Je suis majoritairement sur le secteur orthopédie-traumatologie depuis une trentaine d'année. J'ai aussi travaillé en UEG c'est-à-dire l'Unité d'Evaluation Gériatrique. Je suis aussi parti en Suisse pendant quelques années en CMS (Centres Médico-Sociaux), avant de revenir au \*\*\*\*\*.

J – D'accord. Est-ce que vous avez fait des formations complémentaires à la suite de votre formation sur Montpellier ?

E – J'ai fait plein de formations sur l'appareillage à Strasbourg, Bordeaux, Paris et Montpellier. J'ai fait aussi des formations sur la manutention des patients et des charges. Je suis aussi formé sur la prévention des risques professionnels, donc le PRAP. J'ai le PRAP 2S et le PRAP IBC du coup.

J – Parfait merci. Actuellement au sein de l'hôpital quelles sont tes missions ?

E – Je m'occupe du petit appareillage et surtout prioritairement tout ce qui immobilisation plâtrée. Je m'occupe aussi de tout ce qui est matériel thérapeutique, donc par exemple le matériel de prévention d'escarre (location des matelas, stock des coussins pour fauteuil...). En réalité je fais beaucoup de boulots transversaux car je suis le seul ergothérapeute sur la structure. Je suis censé pouvoir agir sur tous les secteurs dès qu'on me demande, mais en réalité j'ai surtout accès ma prise en charge sur le volet ortho/traumato car je suis le seul dans la structure

à savoir faire des orthèses. Donc mon activité principale c'est d'aider les chirurgiens et les équipes d'ortho-traumato ou des urgences dans la mise en place de plâtre et d'orthèses. Je peux parfois aussi être appelé pour les quatre EHPAD et le HAD qui dépendent du \*\*\*\*\*. Mais je ne me déplace que très très très rarement et je gère les situations en distanciel, car sinon les équipes du \*\*\*\*\* ne pourraient pas avoir accès à mon expertise concernant les orthèses durant mon temps d'absence. Je participe aussi au DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels), aux formations des personnels (PRAP, mise en place de plâtre avec les nouveaux internes...) et à la prévention des risques.

J – Donc pour résumer vous travaillez principalement sur le secteur ortho-traumato de l'hôpital ?

E – Oui c'est bien ça principalement. Après j'ai sinon souvent des demandes ponctuelles sur des pathologies bien particulières que je maîtrise.

J – Et au niveau du public rencontré ?

E – C'est tout type d'âge. Je peux aussi bien intervenir en maternité pour un bébé qui a eu la clavicule cassée lors de l'accouchement, que dans les services gériatriques.

J - Est-ce qu'il vous arrive de faire de l'extrahospitalier ?

E – Je ne fais quasiment jamais d'extrahospitalier. Voilà ça se résume à faire quelques visites à domicile pour préparer le retour à domicile. Je fais ça pour l'HAD et les personnes âgées.

J – Merci pour vos réponses. Maintenant que vos missions sont clairement expliquées je vais vous poser quelques questions en rapport avec la ruralité. Exerçant actuellement en milieu rural, pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux d'y travailler ?

E – Alors niveau avantage de travailler en milieu rural... Déjà les gens sont sympathiques. Après je ne sais pas vraiment quoi vous dire.

J – En Suisse vous aviez travaillé en ville ? Si oui, vous pouvez peut-être voir des différences dans la façon de travailler.

E – Et bien figurez-vous que la Suisse c'est très rural. A l'inverse de ce qu'on pourrait imaginer les villes ne sont pas si grandes que ça, et le canton est souvent rattaché à pleins de petites villes autour donc c'est quand même un milieu relativement rural. C'est plein de petites villes qui sont satellisées autour des grandes villes. Genève c'est un peu particulier mais après Lausanne c'est une grande ville. Après je n'ai pas travaillé à Lausanne. Après les villes souvent sont max de la taille de Pamiers donc ce n'est vraiment pas des grosses villes. Après sinon pour répondre

sur les avantages du milieu rural. Déjà on a de beaux paysages et un cadre de vie vraiment agréable. Le bureau est sympa on va dire. Par exemple en Suisse je faisais beaucoup de visites à domicile donc j'adorais me déplacer en campagne. C'est calme, c'est magnifique comme lieu de travail. Après ça va aussi être à ranger dans les difficultés. Il ne faut pas se le cacher une des plus grosses difficultés du milieu rural c'est qu'il y a beaucoup de déplacements. C'est d'ailleurs ce qui nous pénalise beaucoup en France, si je le compare au système Suisse, car si tu es loin des grosses villes tu fais vite du kilométrage. Donc souvent en tant que professionnel tu fais plus de temps en déplacements qu'en actions réelles. Pour moi c'est vraiment ça le plus pénalisant. Après aussi milieu rural ça rime souvent avec difficultés financières et familiales.

J – Familial dans quel sens ?

E – Il y a souvent des contextes familiaux un petit peu compliqués. Par exemple si tu intervies avec une famille de fermiers tu as souvent plusieurs frères ou sœurs et c'est parfois dur de les mettre tous d'accord. Il faut aussi gérer ce que tu dis et à qui tu le dis. Donc il faut adapter sa prise en charge au patient et à tout le système qui va autour. Après c'est aussi intéressant car à chaque fois que tu changes de coin en zone rurale, tout est toujours différent.

J – Alors justement comment avez-vous réussi à adapter votre pratique à cet environnement rural ?

E – Je n'en sais strictement rien. Je ne sais pas si j'ai adapté la pratique ou si c'est le milieu rural qui s'est adapté à moi. Comment dire... Dans tous les milieux où tu vas travailler, que ce soit en institution, en EHPAD, en institut public ou privé, etc. il faut que tu aies une certaine adaptation et une certaine souplesse. Après en institution tu fais en fonction des équipes, et à domicile je pense que si tu as une bonne analyse de la situation et que tu vois à peu près les difficultés tu fais en fonction du contexte social. Je pense que c'est ça qui prime.

J – Vous trouvez que le contexte social prime surtout en ruralité ?

E – Je pense que dans les villes aussi. Parce que j'ai eu quelques cas aussi en ville... En fait ce n'est pas le même contexte social entre le rural et la ville. Tu es obligé d'en tenir compte.

J – Ce n'est pas les mêmes attentes ?

E – Effectivement ce n'est pas réellement les mêmes attentes. Il y a une notion de capacité intellectuelle souvent. Je pense que tous les départements ruraux, sauf s'il y a une grande ville, tu ne vas pas pouvoir appréhender les choses de la même manière. Après parler de capacité intellectuelle c'est un peu trop gros... Je voulais surtout dire que les attentes et les compréhensions ne sont pas les mêmes. Après voilà il y a tout un contexte social. Par exemple

sur Toulouse tu vas avoir plus de boulot de cadres qu'ici, donc des gens qui ont un niveau d'étude plus élevé. Globalement dans les grandes villes tu peux leur expliquer généralement des trucs un peu plus pointus. Dans le monde agricole qu'on a plutôt par chez nous il ne faut pas utiliser les mêmes termes. Après il ne faut pas non plus être trop basique parce que sinon c'est réducteur. Il faut toujours adapter le vocabulaire en fonction de la personne que tu as en face. Après pour moi ce qui est le plus difficile c'est quand tu mets en place une prise en charge, pour rester basique, un agriculteur et un cadre de la ville ça va être différent. Le cadre de la ville s'il a un arrêt de travail ce n'est pas si grave car il n'a pas d'obligations réelles. Alors que l'agriculteur lui il a son bétail et il a sa ferme à faire tourner. Ils ont vraiment des conditions de vie différentes tous les deux. Pour ce type de métier en ruralité, ils ont des obligations que les autres n'ont pas. Donc dans ma pratique je le prend en compte. Par exemple un truc tout bête mais j'ai dû prendre en charge un homme qui élevait les canards, et qui avait une sorte d'hémiplégie. Et bien tu ne peux pas proposer la même chose à cette personne qui vit de son gavage de canard qu'à une personne hémiplégique en ville où là tu vas pouvoir proposer une attelle sophistiquée et légère. Le gars de la ferme tu vas lui faire une attelle plus lourde mais plus costaude car tu sais qu'il va mascagner avec. C'est dans ce sens-là que je te dis que la prise en charge elle est différente. Après je pense à une de mes collègues Mme. DM qui travaille à \*\* et qui s'occupe de prothèses de hanche. Quand tu as une prothèse de hanche en ville ou à la campagne ce n'est pas la même chose. Elles ne correspondent pas aux mêmes habitudes de vie. Tout le contexte social n'est pas le même et les attentes ne sont pas tout à fait pareil. Par exemple pour les orthèses que je fais au \*\*\*\*\*, un intellectuel il va rester à la maison tranquille tout en surveillant régulièrement, alors qu'un agriculteur il doit labourer son champ, il doit porter du poids, etc. et il ne fait quasiment pas de surveillance de l'orthèse. Les consignes de port de l'orthèse passent différemment pour les deux et il faut de base les présenter différemment. Autant avec certains tu peux bien développer, autant avec d'autres tu vas plutôt axer les consignes sur le versant négatif. Au lieu de présenter l'intérêt positif de l'orthèse je vais devoir leurs dire que s'ils font telle ou telle chose il va se passer quelque chose de négatif. Par exemple si tu ne fais pas attention à ça tu risques de luxer ta prothèse, donc de repartir pour un tour et au final perdre plus de temps qu'en respectant les consignes. Après je suis d'accord que normalement dans les explications il ne faut pas axer le discours sur le interdits, mais dans certains cas de figure c'est préférable. En théorie on nous dit normalement de montrer le côté « vert » mais pas le côté « rouge », mais là il faut le montrer pour qu'ils puissent bien visualiser les limites. Il faut être plus stricte sur les limites et peut-être moins ouvert.

J – Moins ouvert car il y a des limites clairement énoncées mais en même temps plus ouvert car on s'adapte à la personne en zone rurale ?

E – Tu essaies en fait de te projeter sur ce qu’ils vont faire, même s’ils te disent qu’ils ne vont pas le faire. De toute façon ils sont obligés, ils ne vont pas laisser mourir leur bétail par exemple. Tu es obligé d’en tenir compte, donc en fait dans ta prise en charge tu fais un peu du 50/50 entre ce que tu voudrais leur proposer de mieux et la réalité de leur quotidien.

J – D’accord merci pour votre réponse. Je pense que nous pouvons passer sur la partie portant sur vieillissement de mon questionnaire. Etant amené parfois à travailler auprès de personnes âgées, pouvez-vous me dire quels sont les risques principaux du vieillissement ?

E – Bon je vais te faire un listing de ce qui me vient : tremblements, chutes, troubles cognitifs, désorientation temporo-spatiale, ... Après tout le monde ne vieillit pas pareil.

J – Qu’est-ce qui fait qu’une personne vieillit différemment d’une autre ?

E – Pour moi c’est encore principalement son parcours social. En fonction des tes activités professionnelles et de ton mode de vie ça a un impact variable. Par exemple si la personne avait un métier dans un bureau ou si la personne travaillait dehors par tous les temps tu vieilliras différemment. La deuxième va s’abimer plus vite et avoir plus de chance de développer plus vite des problématiques annexes.

J – Donc si je comprends bien pour vous le vieillissement est surtout pathologique ?

E – Non le vieillissement n’est pas pathologique. C’est les pathologies que tu vas créer au cours de tes activités professionnelles qui vont faire que tu vieillis plus ou moins vite.

J – Que les activités professionnelles ?

E – Non en fait toutes : sociales, de loisirs, etc. En fait ça dépendra de tout ton environnement et de tout ce qui gravite autour de toi. Et également de la façon dont la personne appréhende sa vie. Donc ce n’est pas le vieillissement qui est pathologique, c’est toutes les pathologies que tu peux développer à travers tes activités plus ou moins variées qui vont faire que tu vas vieillir plus ou moins bien.

J – Très bien. En sachant tout cela comment avez-vous adapté votre pratique en ergothérapie aux personnes âgées ?

E – Et bien tu laisses faire les autres (rire). C’est ça l’ergothérapie. Tu demandes aux autres de faire comme ça toi tu ne fais pas à leur place. Tu apprends aux autres à faire seul.

J – Et est-ce que c’est plus compliqué d’apprendre aux autres à faire seuls quand ils sont âgés ?

E – C'est une excellente question. Je ne sais pas car je pense que ça dépend de comment tu appréhendes les choses. Est-ce que c'est plus difficile d'apprendre quelque chose aux personnes âgées... Je ne sais pas quoi répondre... Je ne sais pas exactement ce que tu attends de moi pour le coup.

J – Dans votre prise en charge en ergothérapie, quel que soit l'âge du patient est-ce que vous adaptez votre pratique au fait que cette personne soit âgée, soit un adulte, soit un enfant, etc. ?

E – Oui dans tous les cas tu adaptes ta pratique.

J – Et concernant les personnes âgées comment est-ce que tu adaptes ta pratique ?

E – Personnellement je tiens compte de son passé. Je me demande ce qu'elle faisait avant. Après pour moi ce n'est pas une « adaptation ». Par exemple encore une fois tu prends l'agriculteur et le cadre en ville, tu vas t'adapter car tu vas tenir compte de leurs parcours. Et pour moi tu fais pareil avec une personne âgée. Pour l'agriculteur je tiens compte de son parcours et donc je ne vais pas lui expliquer les choses forcément avec les mêmes termes qu'une personne du même âge mais qui a travaillé à l'éducation nationale ou à Airbus par exemple. Après je ne suis pas sûr pour autant qu'on peut dire que c'est de l'« adaptation ». Est-ce que c'est de l'adaptation ou est-ce que tu regardes le parcours de vie et tu continues ce parcours de vie ? Tu vois ? Est-ce que c'est une continuité par rapport à son parcours de vie ou une adaptation ? Par exemple, je ne vais pas faire courir le 100m à quelqu'un qui n'a jamais couru.

J - Vous tenez donc compte de la personne à un temps T, T+1 et T-1 ?

E – Moi la question que je me pose c'est comment est-ce qu'elle est arrivée à cet instant T. Quel est son parcours de vie qui fait qu'elle est arrivée à cet endroit-là pour me rencontrer pour un problème X. C'est son parcours de vie qui fait qu'elle est arrivée là, donc il faut trouver le T-1 lors du temps T puis ensuite imaginer le T+1.

J – Pour proposer des choses pérennes ?

E – Je ne pense pas qu'il y ait des choses pérennes.

J – Donc en ergothérapie nous devrions tout le temps nous réadapter ?

E – Alors non car pour moi c'est eux qui doivent se réadapter surtout. En tant qu'ergo tu lui proposes des choses selon ses besoins... Donc oui dans un certain sens on s'adapte nous à ce qu'il nous dit mais pour moi c'est plutôt lui qui s'adapte constamment selon son parcours de vie. Pour moi « adaptation » ça signifie que volontairement tu vas faire autre chose. Pour moi par rapport à ce que te décrit la personne tu vas analyser la situation et tu vas lui proposer

quelque chose qui semble être le plus adapté pour lui. Moi souvent ce que je dis à mes patients c'est que c'est eux qui savent mieux que moi. Donc c'est à eux de me dire ce qu'ils veulent et moi j'essaie de leur trouver quelque chose qui corresponde. Donc pour moi ce n'est pas une adaptation car tu fais en fonction de ce qu'eux te disent. Le terme « adaptation » ne me plaît pas car ça voudrait dire que moi je fais l'effort de m'adapter à eux. Par contre moi j'ai besoin de comprendre leur vie pour pouvoir leur proposer des bonnes choses. Donc à la place d'adaptation je dirai plutôt que je dois faire preuve de « compréhension ». Après il y a des choses incontournables : un agriculteur se casse le poignet donc on va le plâtrer. Par contre c'est lui qui va s'adapter à son plâtre, à sa situation, à sa nouvelle condition. C'est lui qui me donne les solutions et moi je dois juste comprendre sa situation. Après normalement si tu les écoutes ils vont te donner les solutions. Encore faut-il les écouter.

J - Donc si je reviens sur les personnes âgées, quand tu les reçois tu fais preuve de beaucoup d'écoute pour avoir une bonne prise en charge ?

E – Oui et heureusement. Et même si la personne âgée est délirante je délire avec elle. Je sais que ce n'est pas forcément recommandé mais je trouve ça moins douloureux de délirer avec eux que de toujours devoir les ramener à une réalité qui est traumatisante pour eux. Preuve que ce n'est pas moi qui m'adapte : tu as en face de toi une mamie qui est démente, toi tu vas chercher à la ramener donc en fait tu ne t'adaptes pas du tout à elle. L'adaptation c'est quand toi tu fais l'effort d'aller vers l'autre. Après je ne vais pas les conforter dans leurs délires mais je ne vais pas m'opposer à ce qu'ils me disent. Sinon tu ne fais qu'augmenter l'agressivité et les conflits car elle va se retrouver complètement perdue.

J – Les personnes âgées sont plus amenées à avoir des démences selon vous ?

E – Non il y en a certains qui sont déments avant de devenir vieux. Mais en tout cas de vouloir ramener quelqu'un à la réalité pour moi ce n'est pas de l'adaptation. En plus ça peut être juste quelques secondes parfois. Je pense que ça impacte plus les soins de vouloir systématiquement lui dire « nous on a raison ». En fait dans leur délire il faut arriver à les hameçonner et à les ramener dans une demi-réalité.

J – Merci pour la réponse. Pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux de vieillir en milieu rural ?

E – Alors en bien on peut dire que tant que tu n'as pas de dépendance et que tu n'as pas besoin de soins particulièrement lourds et bien on va dire que si tu as la chance d'y rester car tu es dans ton cadre de vie. En milieu rural très souvent c'est un milieu familial. Les familles sont souvent plus resserrées qu'en ville où elles sont souvent plus éclatées. Il y a plus de solidarités je pense



en milieu rural qu'en milieu urbain. Je pense qu'il y a potentiellement plus d'aidants en zone rurale. Même s'ils sont loin, ils sont peut-être plus facilement joignables et intervenants. Je pense que c'est resté culturellement, même s'il y a eu une génération où c'était moins dans les mœurs. Alors qu'en milieu urbain c'est peut-être un peu moins resté. Après on en a des personnes qui habitaient à la campagne et qui sont allées vivre chez leurs enfants en ville car c'était plus facile comme démarche (hôpitaux plus conséquents, plus de spécialités, etc.). Ça dépend du niveau de dépendance de la personne. Après tu as des gens qui sont très dépendants et qui habitent en milieu rural. Ça n'interdit pas, mais une des difficultés du milieu rural c'est ça. Après la facilité peut-être aussi c'est que tu as des médecins, tu as des groupes infirmiers, etc. qui sont peut-être plus présents sur le terrain en milieu rural. Alors c'est peut-être plus difficile d'en trouver mais je pense qu'une fois qu'ils y sont c'est plus un contexte familial. Il y a peut-être un petit peu plus d'accompagnement. En ville c'est très mécanisé, en milieu rural c'est un petit peu moins même si certains infirmiers ou médecins sont un petit peu au chrono parce qu'il y a du boulot. Mais malgré tout je pense qu'il y a un contexte social encore un peu maintenu. Après c'est mon avis et ça n'engage que moi. Après concernant les inconvénients c'est souvent : le manque de prises en charge médicalisées, l'éloignement, un mauvais accès aux soins (en lien avec l'éloignement et la manque de prises en charge médicales car tu n'as pas toutes les spécialités en milieu rural). Après on peut aussi noter les conditions de vie qui ne sont pas souvent aussi favorables qu'en ville. Par exemple c'est des maisons qui sont plus ou moins vétustes avec des moyens de chauffages qui demandent plus d'entretien (il y en a pas mal ici qui se chauffent encore au bois). Donc ça nécessite une certaine autonomie et dès qu'il y a une trop grosse perte d'autonomie là ça devient compliqué. Et en plus il faut regarder au niveau familial parce que souvent il y a des biens, il y a des terres et ils n'ont pas les mêmes vues que les urbains.

J – Donc nous en tant qu'ergothérapeute nous avons pour but d'aider la personne à garder son autonomie chez elle, c'est bien ça ?

E – Oui. On essaye de voir comment ils peuvent continuer à vivre dans ces conditions là et comment ils peuvent continuer à rester dans leurs lieux de vie le plus longtemps possible.

J – Et justement en quoi ça peut être intéressant que quelqu'un reste chez soi ?

E – C'est son lieu de vie donc déjà ça le stabilise. Par rapport à certains troubles de démence, ça permet de garder des points fixes. Donc à un certain âge l'apprentissage de nouvelles choses est plus compliqué. Donc c'est sûr que c'est un avantage de rester dans son lieu de vie. Après il faut aussi être honnête et dire que ça a ses limites aussi.

J – Justement pour pallier à ces limites, quels dispositifs existent selon vous actuellement pour proposer une prise en charge ergothérapeutique aux personnes âgées vivant en zone rurale ?

E – Il y a les ergothérapeutes libéraux. Il y a aussi les intervenants extérieurs, comme les CLIC, qui peuvent réorienter vers une prise en charge ergothérapeutique. Il y a aussi les médecins, les infirmiers, les kinés qui peuvent proposer une prise en charge ergo. Il y a aussi toutes les associations de soins à domicile. Il y a le DAC et tout le réseau de soins palliatifs.

J – Parce que selon vous il vaudrait mieux que les ergothérapeutes soient dans ces dispositifs ou qu'ils soient appelés par ces dispositifs ?

E – C'est la grande question. Est-ce que ça vaut le coup d'être indépendant et que ça soit des organismes extérieurs qui t'appelle, ou est-ce qu'il faut faire partie d'un organisme ? Ecoute pour avoir pratiqué les deux, en France par rapport à mon expérience avec l'UEG je pense que la difficulté c'est qu'on veut faire. Quand tu fais partie d'un organisme, par exemple un CLIC, tu ne peux pas ne pas faire. Si on te demande d'intervenir, même si par rapport à la situation tu ne peux pas proposer grand-chose, je pense que c'est difficile d'avouer qu'on est limité. Alors que quelqu'un d'indépendant a peut-être plus de facilité. L'inconvénient d'une structure c'est que quand elle va dans une situation, elle s'engage. En plus quand il y a un dysfonctionnement ce n'est pas une chose qui coince mais plein de petits points qui sont négligeables mais qui amène quand même à des dysfonctionnements. Moi mon grand regret en France ça a été ça : tu as une obligation de faire. Et en plus il n'y a pas de communication entre les différents métiers qui vont intervenir.

J – C'est un manque de transmission ?

E – Alors c'est possible. Ça en fait partie en tout cas. Mais si tu veux la personne n'est pas maître de ce qu'elle fait et de son devenir. Moi c'est ce qui m'a beaucoup perturbé. En Suisse ça ne fonctionne pas comme ça et ça m'a fait me demander si en France nous n'avions pas pris le problème par le mauvais bout. C'est-à-dire qu'on prend la personne et sa problématique au centre et on intervient tous autour. Là la personne ne devient plus maître de sa situation et ça c'est très problématique. Parce que ça veut dire que l'infirmière va intervenir, tout comme le CLIC, les portages de repas, etc., et chacun va apporter son petit truc et donner son information. Il n'y a pas de continuité dans cette gestion-là, chacun fait ce qu'il veut.

J - En Suisse c'est organisé comment ?

E – En Suisse ce n'est pas du tout comme ça. La personne fait partie de sa prise en charge et les intervenants fonctionnent en équipe. Tout ce fait avec l'accord de la personne. Tout le

monde est au courant des choses proposées, de si elles fonctionnent et de si elles sont maintenues ou arrêtées.

J – Mais ça ce sont des équipes intrahospitalières non ?

E – Non justement c'est de l'extrahospitalier. On va dire que c'est une sorte de semi-libéral car le libéral là-bas il n'y en a pas beaucoup. Alors historiquement ce sont parce que les assurances payent. Ce n'est pas comme nous avec la Sécu où tu vas faire facturer un acte, puis on va te rembourser. Normalement il y a un bilan d'entrée où on regarde tout ce qui tourne autour de la personne. A l'époque ça s'appelait le RAI (Resident Assessment Instrument). Il prenait en compte le logement, les soins qu'il y avaient à faire, s'il y avait des problèmes psy, s'il y avait des problèmes physiques, etc. Et ensuite quand tu faisais ce bilan il y avait des points qui s'allumaient pour montrer les endroits où c'était plus faible. Puis on envoyait ça à l'assurance et on leur disait qu'on allait intervenir sur les points faibles. Et là ça validait la prise en charge par l'assurance. En France, dans les faits si le médecin ou l'infirmier veut passer voir le patient 10 fois dans la journée il peut. Alors qu'en Suisse non car il y a un autre contrôle et ça oblige les gens à travailler ensemble. Pour moi en France c'est ça qui impacte le plus négativement le patient. Par exemple quand je suis allé chez un monsieur en HAD, je n'étais pas d'accord avec l'infirmier et le médecin, et du coup on était trois à proposer des choses. En Suisse, une fois qu'on a pris la décision de faire une chose, on fait cette chose et on voit si elle marche ou pas. En France tout le monde fait son truc. Par exemple en France l'infirmière n°1 fait un pansement comme ça et l'infirmière n°2 le fait autrement, et quand il y a un problème dans la prise en charge on ne sait pas d'où ça vient. Donc pour moi le problème c'est qu'il y a un problème de transmissions et surtout qu'il n'y a pas de rétrocontrôle.

J - Donc si je reprends, les dispositifs existant selon vous actuellement pour proposer une prise en charge ergothérapique aux personnes âgées vivant en zone rurale ce sont tous ceux que vous avez cité précédemment en Suisse et en France. Mais le seul bémol en France c'est qu'il faudrait essayer d'avoir un accompagnement de la personne se rapprochant plus de celui fait en Suisse ?

E – En effet, je pense qu'il y a des choses qu'on peut améliorer sur le suivi. Il y a beaucoup d'intervenants qu'on ne connaît pas (des associations, etc.) et donc on ne les contacte pas. Ne serait-ce que les associations de soins palliatifs... Bon actuellement c'est un peu à la mode mais ça fait très longtemps que ça existe et peu de gens le savaient.

J – Justement si nous prenons en compte tous ces problèmes, dans un monde parfait : quels dispositifs seraient à mettre en place pour permettre un meilleur accès aux soins d'ergothérapie aux personnes âgées vivant en milieu rural ?

E – Moi pour l’avoir expérimenté je reste sur mon idée d’un lieu unique où tous les professionnels seraient accessibles. En France on a appelé ça les Maisons De Santé, mais bon si tu regardes on a quoi là-bas ? Un médecin, un kiné, une infirmière... En plus ce sont des entités différentes qui ne travaillent pas forcément ensemble. Ils ont réuni leurs moyens fonciers mais ils n’ont pas réuni leurs transmissions et leurs activités. Parce que bien sûr chacun reste maître de son activité, mais pour moi ça peut devenir un handicap dans la prise en charge.

J – Donc si je comprends bien. Ce qu’il faudrait c’est un lieu en commun avec plein de spécialistes variés et qu’ils se fassent des transmissions ?

E – Alors en Suisse ça s’appelle les Centres MédicoSociaux. Dedans tu as des infirmiers, au moins un ergothérapeute, des aides-soignants, des aides à domicile et au moins une assistante sociale. Donc tu as tout ce monde qui travaille ensemble. Par exemple tu as une infirmière qui a un pansement à faire, et elle voit que le bénéficiaire a un problème au niveau de la douche (ex : une personne âgée qui est opérée d’une prothèse de hanche et qui ne tient pas debout dans la douche). Elle va demander à son collègue ergothérapeute d’intervenir, tout en restant elle maître de son patient. Une fois que l’ergothérapeute a fait son travail, elle elle a toujours un visu sur ce qu’il se passe. Alors que chez nous c’est le médecin par qui tout passe. L’infirmière va dire au médecin qu’il faut un ergothérapeute, et c’est le médecin qui va faire intervenir l’ergothérapeute. En suisse, chacun fait son soin mais tout le monde est au courant dans le réseau.

J – Cependant ça nécessite de connaître tous les actes et le travail de ses collègues pour savoir qui faire intervenir ?

E – Après attention il faut éviter de parler d’actes. En France, on marche à l’acte mais en vrai c’est très réducteur. C’est un système pervers. Par exemple, tu prends une infirmière qui doit faire trois actions auprès d’un patient. Là tu vas avoir la première action à 100%, la deuxième à 50% et la troisième gratuite. Donc le gros pansement qui rapporte de l’argent on le met en premier dans la cotation d’acte (100% de remboursement), le deuxième acte le plus cher on va le mettre à 50% et puis tout ce qu’il reste à faire un le fait plus ou moins. On ne va pas au bout du raisonnement. Ailleurs qu’en France c’est défini en temps. En France on commence à y venir avec l’initiative EQUILIBRE (EQUIpes Infirmières LIBres Responsables et Solidaires) où les infirmières ne travaillent plus à l’acte mais au temps.

[Interruption Ergothérapeute]

J – Parfait nous pouvons reprendre. Merci tout d’abord pour vos réponses. Pour rappel nous avons évoqué le milieu rural, les personnes âgées et les interventions existant entre ces deux

thèmes. Maintenant je vais vous évoquer deux interventions que j'ai souhaité aborder dans mon mémoire. Donc, pouvez-vous me dire si vous connaissez le travail des équipes mobiles de gériatrie ?

E – Et bien très peu figurez-vous.

J – D'accord. Pouvez-vous verbaliser ce que vous en imaginez ?

E – On en a une sur le \*\*\*\*\*. Je les vois parfois se balader dans l'hôpital mais c'est tout. Après je pense que c'est quand même relativement médicalisé parce que chez nous c'est un médecin qui va voir des patients dans les services. Après je pense qu'elle est quand même connue cette équipe mais de ce que moi j'en ai retenue c'est que tu as des patients qui sont hospitalisés pour des problèmes divers (pneumo, cardio, etc.) et si en réalité il y a une problématique gériatrique plus globale, là on va appeler ce médecin de l'EMG.

J – Très bien. Je vais vous donner un résumé pour que nous ayons la même définition pour la suite de l'entretien. Alors les équipes mobiles de gériatrie ce sont des équipes qui sont spécialisées dans l'accompagnement du vieillissement. Elles ont une vision globale de la personne âgée. Ce sont des dispositifs sanitaires qui sont rattachés à des structures de soins et qui disposent d'une vision transversale, parce que ce sont des équipes pluridisciplinaires. Par exemple il y a obligatoirement un médecin, une assistante sociale etc. Et parfois y a des ergothérapeutes, mais ce n'est pas obligatoire. Le rôle des ergothérapeutes généralement c'est de poser un diagnostic ergo, de faire des mises en situation, des projets de maintien à domicile, des retours à domicile si la personne est un hôpital, etc. Les équipes mobiles de gériatries n'interviennent que sur demande de services intrahospitalier ou extrahospitalier, donc ça favorise aussi la coordination entre les acteurs prenant en charge le patient âgé donc en intrahospitalier/extrahospitalier. Concernant les missions, ces équipes ont des missions d'évaluation, de préconisation et d'orientation, mais les professionnels de ce dispositif n'ont pas pour vocation de dispenser des soins. Il n'y a pas de suivi en fait.

E – Alors je suis appelé de temps en temps par l'EMG de façon très ponctuelle. Après c'est plus dans le cadre d'une consultation. Et c'est toujours pour des choses très précises. L'avantage d'avoir l'EMG c'est que c'est toujours très précis. Par exemple, la dernière fois c'était pour un monsieur qui avait une paralysie du releveur de pied, car voilà tu vois le médecin de l'EMG il prend tout en compte. Sinon pour des aménagements du domicile j'ai aussi été appelé pour donner mon avis sur des points très précis au gériatre. Après moi je n'y suis pas allé pour eux mais je sais que l'équipe d'ici elle se déplace au domicile aussi. Ils ne vont pas que de services en services sur le \*\*\*\*\*. Après au niveau des missions que tu l'as cité je pense qu'ils font ça

ici. Même s'ils ont surtout une vision de gériatologue. Par exemple, ils vont regarder s'il n'y a pas des médicaments en trop car les personnes âgées sont souvent surmédicamentées.

J – D'accord. Au regard de la définition que je vous en ai faite, pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux des EMG ?

E – L'avantage majeur c'est la vision globale de la situation. Ça permet peut-être de débrouiller des situations sociales à risque, car il y a une vision médico-sociale de la personne et de son environnement. Après en inconvénient, pour moi c'est comme ce que je te disais tout à l'heure, c'est que c'est un intervenant de plus. Finalement on rajoute autre chose, alors que dans les services on a déjà des assistantes sociales par exemple. Donc on va chercher quelqu'un qui a son équipe et qui va donner un avis plus global mais voilà. Il manque toujours cette notion de « on travaille tous ensemble ». Pour moi c'est encore un truc qu'on surajoute.

J – Donc pour vous les acteurs de l'EMG vont travailler ensemble au sein de l'équipe mais pas assez avec les autres intervenants ?

E – Je ne dirais pas que ce n'est pas assez, mais pour moi dans les services et à l'extérieur on a perdu la vision globale. Après c'est au gouvernement à faire bouger ça. Encore une fois on tronçonne le patient. Le médecin du service souvent il ne veut pas mettre son nez dans le contexte social car c'est complexe, donc là il va faire appel à l'EMG. Alors que tout existe déjà sur le terrain et qu'il n'y a pas forcément besoin de l'EMG selon moi. Après ce n'est pas pour leur jeter la pierre parce que quand j'étais en UEG c'était globalement la même chose. On nous percevait mal car nous on avait une vision globale et on parlait de « situation » et pas de « pathologie ». Alors que normalement on doit raisonner en « situation » parce que si un événement est arrivé c'est bien parce qu'il y a eu des causes à effet. Donc pour résumer les EMG c'est super car elles ont une vision globale, mais en même temps ça devrait être les médecins hospitaliers ou généralistes qui devraient avoir cette vision pour ne pas faire appel au EMG.

J – Pourquoi seulement les médecins ?

E – Parce que c'est eux en France qui sont les référents. Or, ils ne regardent souvent que la pathologie et pas du tout la situation globale. Par exemple, prenons un fermier qui tombe de son tracteur. Le médecin va demander à l'infirmière de faire des soins mais ensuite entre l'infirmière et le médecin il n'y a pas de communication. Tout passe par la prescription mais les deux ne se rencontrent pas pour parler de la situation. Alors que s'il faut l'infirmière pourrait alerter sur le fait que le logement est insalubre et que ça risque de compliquer les soins. Ce genre de problème de transmission ça peut expliquer pourquoi tu as des plaies qui dégénèrent.

Nous à l'UEG c'est ce qu'on pouvait apporter grâce à notre vision globale. On n'est pas là que pour soigner du pathos. Après en ergo on est formaté comme ça pour voir le global donc tant mieux. Et même maintenant on est encore plus éloigné de la pathologie avec la notion occupationnelle. On a connaissance de la pathologie mais on la voit sous un autre angle, sans la mettre au centre de tout. Ce n'est pas prioritaire. C'est une des boules du chapelet.

J – D'accord. Avez-vous quelque chose à rajouter sur les EMG ?

E – Non je ne m'y connais pas assez. Après c'est bien car c'est spécialisé sur la personne âgée, et que c'est du pluridisciplinaire surtout. C'est peut-être eux qui ont la vision la plus complète grâce au pluridisciplinaire. Après il faudrait qu'ils puissent créer plus de communication.

J – Est-ce qu'il faudrait un dossier partagé accessible à tout intervenant ?

E – Et même si on regarde le dossier partagé Sécu qu'est-ce qu'il va y avoir dedans ? Que de la pathologie. Une fois encore les gens sont arrivés là parce qu'ils ont créé leur vie, qu'ils ont vécu des choses plus ou moins bien et ça fait qu'on en arrive là. Et encore plus en ruralité. En ville le parcours il est plus simple qu'à la campagne.

J – J'ai une question qui e vient en vous entendant. Nous rencontrons la personne à un moment donné de sa vie. Est-ce que selon vous nous ne sommes censés en tant qu'ergothérapeute rencontrer cette personne qu'en prévention secondaire ou est-ce aussi intéressant de la rencontrer en prévention primaire ?

E – Pour moi actuellement on ne peut les rencontrer qu'en secondaire. Pour moi faire du préventif (donc du primaire) ça voudrait dire qu'il faudrait contacter toute la population. Après en EMG il est vrai que tu peux aussi faire du préventif. Je me souviens que j'avais été contacté par l'EMG pour participer à une soirée à thème (le maintien à domicile avec les aménagements possibles par exemple). Donc le problème c'est que là tu ne pourras pas capter toute la population qui aurait besoin de cette soirée. Et puis en plus tu ne vas capter que les personnes qui sont les plus cortiquées car elles sont déjà dans la démarche de se poser des questions sur leurs situations. Or, pour moi le vrai préventif ce n'est pas forcément chez ces gens-là, parce qu'eux ils ont déjà le raisonnement. C'est chez ceux qui n'ont pas le raisonnement qu'il faudrait arriver à faire du préventif pour éviter d'arriver à la catastrophe.

J – Est-ce que le bouche à oreille peut aider ?

E – Je ne pense pas. Pas dans notre culture, avec nos professions médicalisées.

J – Comme vous disiez au début qu'en ruralité les gens se côtoient plus...

E- Oui effectivement ils se connaissent dans le voisinage ou familialement.

J – Donc si nous faisons des prises en charge pour l'un, le bouche à bouche marcherait il ?

E – Alors ils se parlent oui. Mais malgré tout dans notre culture on a ce genre d'idée que « lui il a ça mais moi je ne l'ai pas », « je ne suis pas comme lui », etc. Après si tu fais de la prévention en touchant le côté financier peut-être que... Oui globalement si la sécu faisait plus de prévention ça serait peut-être plus suivis par tout le monde. En plus c'est les premiers à avoir une vision large des diverses pathologies, des diverses prises en charge, de ce qui est remboursé, etc. Franchement la sécu il faudrait qu'ils fassent un peu comme le RAI : là attention on a un voyant qui s'allume parce que monsieur tombe souvent à la maison par exemple. Il faudrait que ce soit les financeurs qui mettent en place la prévention primaire et secondaire. Pour moi voilà il y a des choses qui devraient être faites à un niveau supérieur, comme pour les PRADO qui ont été mis en place pour le retour à domicile. Donc à travers ce type de dispositifs on peut peut-être avoir des indicateurs qui peuvent dire si telle ou telle situation est plus à risque, et donc faire du préventif. Souvent pour l'instant on a des acteurs sur le terrain (infirmier, médecin, etc.) qui voient des situations mais qui ne font pas remonter les infos. En plus, ils remontent les infos à qui ? A qui ils vont remonter qu'il y a besoin d'un ergo ? Encore faudrait-il qu'ils pensent à faire intervenir un ergo. Donc pour revenir sur les EMG, je pense sincèrement qu'ils règlent des situations mais il faudrait à un niveau plus haut changer les choses pour permettre de voir la personne dans sa globalité. Parce que là encore une fois malheureusement on fait appel au EMG en plus, ils font leur action, et après ils repartent. Il n'y a pas de continuité, ni de suivi dans les EMG et c'est dommage. Pour moi c'est au financeur de coordonner ce suivi car sinon on est trop centrée sur la patho. Après dans tous les cas c'est mieux d'avoir un ergo dans les EMG car on est formé à avoir cette vision holistique.

J – D'accord, merci. Avez-vous quelque chose à rajouter sur les EMG ?

E – Non on a déjà dit beaucoup de choses d'après moi.

J - Connaissez-vous la télé-ergothérapie ?

E – Non pas du tout !

J – D'accord. Pouvez-vous verbaliser ce que vous en imaginez ?

E – Je suppose que ce sont des vidéos de présentations de prises en charge en ergothérapie. Par exemple une vidéo de présentation type pour l'aménagement d'un logement... Franchement je ne connais pas.



J – Alors je vais vous décrire ce que j’entends par télé-ergothérapie. Déjà c’est un concept qui est arrivé récemment en France, mais qui est connu mondialement notamment via le développement du numérique dans les soins. Donc nous en France c’est arrivé dans le contexte de pandémie COVID, parce que le ministre des solidarités et de la santé a autorisé les ergothérapeutes à mettre en place le télésoin dans le cadre de l’état d’urgence. Cette mesure a été prolongée car il y a des avantages. Le but c’est déjà de lutter contre la désertification médicale, de permettre un suivi pour des gens qui ont des difficultés à se déplacer, de permettre de voir les capacités réelles du patient dans son lieu de vie, d’apporter également un soutien aux familles isolées, et de réduire les déplacements pour le thérapeute et son patient. Et au final tout ça amène à une prise en charge, un suivi. Toutefois il y a une limite posée législativement qui est qu’il y a une interdiction d’effectuer des bilans initiaux et des renouvellements de bilan par télé-ergothérapie car il faut voir physiquement la personne.

E – D’accord, merci pour l’explication. Par contre je ne comprends pas pourquoi il y a une interdiction de faire des bilans. Pour moi quand tu fais une visio en fait c’est déjà un bilan. Tu vois par exemple dans quel milieu vit la personne.

J – Après quand je parle de bilan ici c’est surtout des bilans normés comme le Tinetti, Berg, le MMSE, etc.

E – Ok d’accord.

J - Maintenant que nous avons la même définition de ce qu’est la télé-ergothérapie, pouvez-vous me dire quels sont les avantages et les inconvénients principaux de la télé-ergothérapie ?

E – Franchement je suis embêté car je n’ai aucune idée de comment ça fonctionne réellement. Je n’ai pas une vision assez poussée de cette prise en charge. En plus je suppose que c’est plus les ergos en libéral qui vont faire ça, et comme je suis un pur produit hospitalier je n’arrive pas à me projeter. Après je pense que le fait de ne pas se déplacer ça peut déjà apporter une idée. Je pense que c’est quelque chose qui pourrait se développer, notamment pour éviter des déplacements. En plus si tu connais tes patients et leurs milieux de vie, tu peux réajuster des choses à distance en fonction de leur évolution sans que tout le monde ne se déplace. Effectivement là pour un suivi c’est bien je pense, mais au regard de ce que tu m’as dit concernant les bilans, je pense que la télé-ergothérapie ne peut pas se faire dès le départ quand on ne connaît encore rien du patient.

J – Selon vous, est-ce qu’en fonction de la personne qu’on a en face ce suivi en télé-ergothérapie peut être plus ou moins problématique ou efficace ?

E – Ah ben oui, si tu as un dément en face ce n'est pas la peine. Il faut que la personne soit relativement cortiquée. Tu ne peux pas le faire avec tout le monde. S'en parler de bilans de départ, mais si c'est une première prise en charge, un premier contact, la visio ce n'est pas ce qui me semble le plus approprié. C'est bien de voir les gens in-situ. Parce que déjà que c'est compliqué en les voyant en vrai car souvent tu n'as pas le temps de faire le tour de la question. Alors en visio tu es encore plus restreint parce que tu passes par le filtre de la visio. Après j'imagine que c'est très intéressant pour des modifications ou pour valider les choix que tu as fait antérieurement avec ton patient. On peut vérifier que les choses soient bien mises en application, et que ce que tu avais pensé avec ton patient c'est adéquat. Donc pour un suivi je pense que c'est vraiment intéressant. Pour des demandes spécifiques quand tu connais ton patient (par exemple le patient pense à un truc et ce dit maintenant que je peux faire X est-ce que je peux faire Y ?), là les visios peuvent avoir tout à fait leur place. En plus c'est mieux les visios pour éviter des déplacements, conséquents parfois, alors que la prise en charge va durer quelques minutes parfois. Donc oui je pense que ça peut avoir un intérêt mais je ne peux pas t'en dire plus car je n'ai aucune vision là-dessus.

J – D'accord merci en tout cas. Avez-vous des choses à rajouter avant que nous ne nous quittions ?

E - Non pas du tout. Merci.

J – Merci pour votre participation.

## Annexe n°8 – Analyse IRAMUTEQ

Place	E1		E2		E3		E4	
	Formes	Fréquence	Formes	Fréquence	Formes	Fréquence	Formes	Fréquence
1	Voir	30	Aller	31	Aller	80	Aller	69
2	Domicile	26	Prendre	28	Vraiment	30	Chose	32
3	Aller	26	Chose	26	Arriver	28	Penser	30
4	Prendre	25	Voir	26	Aider	26	Prendre	28
5	Libéral	17	Exemple	23	Risque	24	Exemple	27
6	Charger	17	Domicile	22	Voir	21	Ville	23
7	Mettre	17	Coup	21	Situation	20	Charger	19
8	Gens	16	Forcément	19	Hôpital	19	Milieu	19
9	Risque	15	Agé	19	Médecin	19	Vie	19
10	Capacité	15	Ergothérapeute	17	Travailler	17	Infirmier	18
11	Maison	15	Ergothérapie	17	Equipe	17	Rural	18
12	Soin	13	Libéral	17	Besoin	16	Situation	18
13	Suivre	13	Aider	16	Domicile	16	Voir	18
14	Agé	13	Charger	16	Famille	16	Médecin	17
15	Place	13	Gens	16	Temps	16	Patient	16
16	Ergo	13	Technique	16	Appeler	15	Domicile	16
17	Chute	12	Penser	15	Evaluation	15	EMG	14
18	Petit	111	SOLIHA	15	Penser	14	Adapter	13
19	Aider	11	Intéressant	14	Premier	14	France	13
20	Niveau	10	Proposer	13	Chose	13	Travailler	13

Nombre d'utilisation	Formes présentent préférentiellement dans les données recueillies
4	Voir / Domicile / Aller
3	Prendre / Chose / Charger / Penser
2	Libéral / Risque / Gens / Ergo (ou ergothérapeute et ergothérapie) / Travailler / Aider / Situation / Médecin / Exemple / Agé
1	Mettre / SOLIHA / Premier / Ville / Capacité / Technique / Milieu / Vie / Maison / Intéressant / Infirmier / Vraiment / Rural / Patient / EMG / Coup / Proposer / Adapter / France / Forcément / Arriver / Soin / Hôpital / Place / Equipe / Suivre / Besoin / Chute / Famille / Petit / Temps / Niveau / Appeler / Evaluation

## Annexe n°9 – Analyse TROPES

E1			E2			E3			E4		
Fréquence	Univers	Exemple	F.	U.	Ex	F.	U.	Ex	F.	U.	EX
96 mots	Santé	Ergothérapeute Hôpital Patients SSIAD EHPAD	97 mots	Santé	Ergothérapeute Hôpital Handicapés Hospitalisation Infirmière	133 mots	Santé	Ergothérapeute Hôpital Soins Gériatrie Maladies	124 mots	Santé	Ergothérapeute Centre hospitalier Patients Thérapeutique Orthèses
61 mots	Habitat	Logement Maison Domicile Habitat Milieu	48 mots	Gens	Personnes Gens Association P. âgées Collaboration	38 mots	Habitat	Domicile Logement Maison Habitat Aménagement	36 mots	Gens	Personne Gens P. âgées Collègues Associations
59 mots	Gens	Personne Gens P. âgées Collègue Famille	46 mots	Habitat	Maison Bâtiment Cabinet Domicile Logement	37 mots	Temps	Ans Jours Temps Période Vieillesse	28 mots	Lieu	Ville France Rural Campagne Secteurs
20 mots	Temps	Années Vieillesse Journées Minutes Heure	27 mots	France	Paris Ardenne Essonne Ariège	31 mots	Gens	Personne Gens Familles P. âgées	17 mots	Cognition	Savoir-faire Notion Compréhension Expérience Raisonnement
20 mots	Croissance	Capacités Chute Manque Recul Diagnostic	21 mots	Temps	Ans Semaine Période Jours Vieillesse	22 mots	Sécurité	Facteurs de risques Préservation Risques Chute		Communication	Réseau Information Communication Discours Accord

Nombre de professionnels donnant ces univers	Univers présents préférentiellement dans les données recueillies
4	Santé (450 mots) / Gens (174 mots)
3	Habitat (145 mots) / Temps (78 mots)
2	Lieu (55 mots)
1	Sécurité (22 mots) / Croissance (20 mots) / Cognition (17 mots) / Communication (16 mots)

## Annexe n°10 – Trame permettant le recueil des données

Thèmes	Critères	Indicateurs
Présentation des participants	Lieux d'exercices professionnels	
	Anciens lieux d'exercices	
	Institut de formation	
	Date obtention du diplôme	
	Ancienneté du poste	
	Formations complémentaires	
	Missions	
	Populations prises en charge	
Ruralité	Connaissance des caractéristiques de la ruralité	OUI / NON Si oui → - faible densité de population - zone hors ville - possibilité de migration
	Avantages de la ruralité	- lien social plus soutenu qu'en ville
	Inconvénients de la ruralité	- difficulté de déplacements - accès aux soins
	Accessibilité aux soins en zone rurale	- Inégalité avec la ville - Isolement social minoritaire - Isolement géographiquement majoritaire - Problème de mobilité (de la part des patients et des soignants) - Peu de remplacements des professionnels - Plan d'actions à mettre en place par les instances dirigeantes
	Être ergothérapeute en zone rurale	- accessibilité aux soins d'ergothérapie difficile (mauvaise répartition, moins d'ergothérapeute, peu de remplacement...) - Travail plus généraliste (importance de la vision systémique) - Accès aux ressources limité (prestataire, matériel...) - Importance du réseau (même si petit) - l'ergothérapeute a une vision holistique et agit sur les environnements pour permettre les occupations
Vieillesse	Connaissance des caractéristiques du vieillissement	- C'est un processus normal - Chaque individu à son propre vieillissement - Perte des capacités, de l'autonomie et apparition de limitations (vision systémique à avoir pour analyser)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du nombre de personnes âgées (vivent plus longtemps et plus longtemps en bonne santé)</li> <li>- Gouvernement doivent tenir compte de l'évolution démographique</li> </ul>
	Connaissance de la fragilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Action de prévention pour éviter le vieillissement pathologique, la perte d'autonomie, l'hospitalisation et l'institutionnalisation</li> <li>- Vision holistique requise</li> </ul>
	Maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'une variété de lieux de vie mais la majorité vit à domicile</li> <li>- Avec l'avancée en âge et l'apparition des pathologies il y a augmentation de l'institutionnalisation</li> <li>- souhait majeur des personnes âgées de rester à leur domicile</li> <li>- Maintien à domicile bénéfique si prérequis vérifié (souvent domicile inadapté au vieillissement qu'il faut réaménager, prévenir les chutes, éviter l'isolement...)</li> </ul>
	Être ergothérapeute auprès des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Population très fréquemment rencontrée</li> <li>- Prévention / rééducation / réadaptation / réinsertion</li> <li>- Vision holistique (action sur la triade patient-activité-environnement...)</li> </ul>
Interventions - EMG	Connaissance des EMG	<p>OUI / NON → Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permet une évaluation globale (aide au retour et au maintien à domicile...)</li> <li>- Connait le rôle de l'ergothérapeute dans l'EMG (VAD, évaluation écologique, vision holistique, pas de suivi, travail en équipe majeur, intervient sur sollicitation, prépare RAD...)</li> </ul>
	Avantages des EMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance spécialisées des aînés (professionnels formés...)</li> <li>- Vision transversale et pluridisciplinaire</li> <li>- Favorise le lien intra/extrahospitalier (rôle de coordinateur, réoriente...)</li> <li>- Favorise le maintien à domicile</li> <li>- Gratuité des actes</li> </ul>
	Inconvénients des EMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention sur un territoire défini</li> <li>- Pas de suivi, pas de soins dispensés</li> <li>- Peu d'accompagnement en extrahospitalier</li> <li>- Doivent être appelé pour intervenir mais trop peu connu</li> <li>- Trop peu d'EMG donc elles sont surchargées</li> <li>- Résistances de la part des autres professionnels</li> </ul>

	Remarques diverses sur les EMG	
Intervention – Télé-ergothérapie	Connaissance de la télé-ergothérapie	<p>OUI / NON → si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Téléconsultation à distance d'ergothérapie</li> <li>- Possible en France depuis Covid-19</li> <li>- Pratique valorisée par les politiques de santé (contre pénurie déserts médicaux, faiblesse des spécialistes en ruralité...)</li> <li>- Existe des réglementations</li> <li>- A pratiquer sur des plateformes spécifiques</li> </ul>
	Avantages de la télé-ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permet un renouveau dans l'accompagnement</li> <li>- Permet accès à l'environnement du patient (lieu de vie, aidant...)</li> <li>- Permet un accès aux soins d'un spécialiste plus facilité (malgré désert médical...)</li> <li>- Evite la rupture de soins</li> <li>- Réduit les déplacements et la fatigabilité liée</li> <li>- Permet un suivi à distance des préconisations</li> </ul>
	Inconvénients de la télé-ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffre d'a priori négatifs (hostilité, peur de perdre le lien patient/thérapeute...)</li> <li>- Non pertinent avec tous les patients (dément, troubles cognitifs, difficulté de compréhension avec les personnes âgées...)</li> <li>- Les bilans ne sont pas réalisables</li> <li>- Demande une installation particulière (internet, matériel...)</li> <li>- Analyse biaisée car tout n'est pas observable et analysable par ce moyen</li> <li>- Pas de formation actuellement</li> <li>- Création d'inégalités (tout le monde n'a pas le matériel disponible)</li> </ul>
	Remarques diverses sur la télé-ergothérapie	
Ouverture : Autres interventions à développer		

## Annexe n°11 – Tableau récapitulatif des données recueillies

Critères	Entretien 1 : Mme DM / E1	Entretien 2 : Mme L/ E2	Entretien 3 : Mme N / E3	Entretien 4 : Mr N / E4
<b>Présentation du professionnel</b>				
<b>Lieux d'exercices professionnel</b>	« Je travaille à l'hôpital de ** » 1.14 à 15  « j'interviens auprès du SSIAD, notamment celui de ***** » 1.37 à 38  « j'interviens aussi auprès de AriègeAssistance » 1.40 à 41	« Je suis ergothérapeute en libéral » 1.13	« Je travaille dans les Hautes-Pyrénées depuis 2009 à l'hôpital. Notamment celui de ***** » 1.14 à 15  « je suis sur l'extrahospitalier » 1.20 à 21 « Je suis dans une équipe mobile de gériatrie » 1.25	« Je travaille au *****, Je suis majoritairement sur le secteur orthopédie-traumatologie » 1.14 à 15  « Je ne fais quasiment jamais d'extrahospitalier. » 1.48
<b>Anciens lieux d'exercices</b>	« mon année de diplôme c'était en 90 » 1.21  « Je travaille à l'hôpital de ** depuis 1990 » 1.14 à 15	« d'abord un hôpital gériatrique dans les Ardennes, ensuite un centre de rééducation dans les Yvelines, ensuite la MDPH de l'Essonne » 1.19 à 21  « puis ensuite je suis arrivée ici [...] d'abord en collaboration, puis en libéral toute seule. » 1.21 à 22	« Au départ j'étais dans les services hospitaliers : les USLD, les SSR, les unités cognitives » 1.18 à 20	« J'ai aussi travaillé en UEG c'est-à-dire l'Unité d'Evaluation Gériatrique. Je suis aussi parti en Suisse pendant quelques années en CMS avant de revenir au *****, » 1.16 à 18
<b>Institut de formation</b>	« Je suis diplômée de l'IFE de Montpellier » 1.13 à 14	« IFE de l'ADERE sur Paris » 1.16 à 17	« j'ai été formée donc à l'IFE de Bordeaux » 1.13 à 14	« en sortant de l'école de Montpellier » 1.13 à 14
<b>Date diplôme</b>	« mon année de diplôme c'était en 90 » 1.21	« J'ai été diplômée il y a 16 ans, donc en 2007 » 1.13 à 14	« Je suis ergothérapeute depuis 2008 » 1.13	« J'ai obtenu mon diplôme d'ergothérapeute en 1990 » 1.13
<b>Ancienneté du poste</b>	« Je travaille à l'hôpital de ** depuis 1990 » 1.14 à 15  « j'ai fait trente-trois ans sur l'hôpital » 1.21	« Je suis ergothérapeute en libéral depuis 5 ans » 1.13	« depuis 4 ans maintenant je suis sur l'extrahospitalier » 1.20 à 21	« Je suis majoritairement sur le secteur orthopédie-traumatologie depuis une trentaine d'année » 1.15 à 16
<b>Formations complémentaires</b>	« j'ai fait différentes formations : sur la rééducation des fonctions supérieures, sur l'adaptation du logement... » 1.15 à 16	« J'ai aussi des formations liées à la rééducation, type Bobath et tout ça » 1.24  « j'ai fait une formation sur le bâti à la MDPH » 1.25	« soit j'ai les aidants et les aidés sur des maladies neuro-évolutives et je fais des COTID, soit les personnes n'ont pas de troubles cognitifs et là c'est plutôt des	« J'ai fait plein de formations sur l'appareillage à Strasbourg, Bordeaux, Paris et Montpellier. J'ai fait aussi des formations sur la manutention des patients et des charges.



	« je suis formatrice PRAP . Et j'ai également un DU d'expertise de réparation des dommages corporels » 1.17 à 19	« j'ai fait aussi des formations du coup en libéral plutôt orientées sur les enfants [...] là dernièrement j'ai fait CO-OP. 1.27 à 29	méthodes CO-OP» 1.41 à 44	Je suis aussi formé sur la prévention des risques professionnels, donc le PRAP. J'ai le PRAP 2S et le PRAP IBC du coup. » 1.21 à 24
<b>Missions</b>	<p>« Ma mission c'est de prendre en charge les patients qui sont hospitalisés ici au niveau des services locomoteur A, B et polyvalent » 1.22 à 23</p> <p>« le but c'est de leur redonner leur autonomie en travaillant sur les incapacités qu'ils présentent, puis ensuite préparer le retour à la maison, faire des visites à domicile, poser des préconisations d'adaptation du logement, voir du matériel » 1.26 à 29</p> <p>« Je fais également appel à des fournisseurs de matériel pour faire des essais ici et au domicile » 1.29 à 30</p> <p>« j'anime un groupe de PRAP pour la prévention des risques au travail avec mes collègues » 1.30 à 31</p> <p>« je fais partie de certaines instances aussi dans l'hôpital, dont la CSIRMT et le conseil médical de l'établissement. Voilà et là on est en train d'essayer de mettre en place tous les groupes de travail pour la prochaine certification, et dont je serai très certainement</p>	<p>« J'accompagne une journée par semaine des enfants en cabinet. Enfin je peux aussi accompagner des adultes au cabinet mais c'est principalement des enfants » 1.34 à 35</p> <p>« j'accompagne les résidents d'un EHPAD dans la création d'un jardin thérapeutique » 1.36</p> <p>« j'ai une journée où je suis à domicile auprès d'adultes ou d'enfants car j'ai décidé de dédier une journée pour SOLIHA [...] qui aide à la recherche de financement pour aménager les logements pour les personnes âgées de plus de 60 ans » 1.37 à 40</p> <p>« Je travaille également à la demande du PCPE ponctuellement » 1.40 à 41</p> <p>« j'ai une demi-journée tous les 15 jours dans une MAS auprès d'adultes polyhandicapés vieillissant » 1.43 à 44</p>	<p>« on est sur la prévention des facteurs aggravants en plus du vieillissement. On est sur le repérage des situations un peu complexes à domicile et sur la préservation de l'autonomie. Alors le gériatre bon au départ axait surtout mes missions sur l'accompagnement dans l'aménagement des logements et des aides techniques, mais à force de découvrir et de militer on est vraiment maintenant sur une intervention occupation centrée » 1.29 à 33</p> <p>« avec les infirmières, on fait les sorties d'hospitalisation de SSR à 15 jours pour vérifier que tout se passe bien à la maison en sortie d'hospitalisation » 1.36 à 37</p> <p>« J'interviens aussi pas mal sur le thème des chutes avec les chuteurs à domicile » 1.39</p> <p>« Ensuite on devient occupation centrée ; donc soit j'ai les aidants et les aidés sur des maladies neuro-évolutives et je fais des COTID (Community Occupational Therapy In Dementia), soit les</p>	<p>« Je m'occupe du petit appareillage et surtout prioritairement tout ce qui immobilisation plâtrée. Je m'occupe aussi de tout ce qui est matériel thérapeutique, donc par exemple le matériel de prévention d'escarre (location des matelas, stock des coussins pour fauteuil...). En réalité je fais beaucoup de boulots transversaux car je suis le seul ergothérapeute sur la structure. Je suis censé pouvoir agir sur tous les secteurs dès qu'on me demande, mais en réalité j'ai surtout accès ma prise en charge sur le volet ortho/traumato car je suis le seul dans la structure à savoir faire des orthèses. Donc mon activité principale c'est d'aider les chirurgiens et les équipes d'ortho-traumato ou des urgences dans la mise en place de plâtre et d'orthèses. Je peux parfois aussi être appelé pour les quatre EHPAD et le HAD qui dépendent du *****. Mais je ne me déplace que très très très rarement et je gère les situations en distanciel, car sinon les équipes du ***** ne pourraient pas avoir accès à mon</p>

	<p>amenée à animer un des groupes. » 1.31 à 35</p> <p>« je suis missionnée pour évaluer chaque bénéficiaire entrant et prit en charge au niveau du SSIAD » 1.38 à 39</p> <p>« J'interviens aussi auprès de AriègeAssistance sur leur demande pour former certaines équipes à l'utilisation des aides techniques de transfert » 1.40 à 42</p>		<p>personnes n'ont pas de troubles cognitifs et là c'est plutôt des méthodes CO-OP ou d'autres entraînements aux habiletés sur leurs activités à eux » 1.41 à 44</p>	<p>expertise concernent les orthèses durant mon temps d'absence. Je participe aussi au DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels), aux formations des personnels (PRAP, mise en place de plâtre avec les nouveaux internes...) et à la prévention des risques. » 1.26 à 39</p> <p>« Je ne fais quasiment jamais d'extrahospitalier. Voilà ça se résume à faire quelques visites à domicile pour préparer le retour à domicile. Je fais ça pour l'HAD et les personnes âgées. » 1.48 à 49</p>
<b>Populations patients PEC</b>	<p>« c'est une population adulte, voir personnes âgées » 1.24 à 25</p> <p>« on a de la neuro, beaucoup d'orthopédie, de la ré-autonomisation des fois, des polypathologies » 1.25 à 26</p> <p>« je vais rester sur les personnes âgées car c'est grosso modo la population que j'ai le plus » 1.457 à 458</p>	<p>« j'ai un public très varié et ce n'est pas toujours simple » 1.44 à 45</p>	<p>« les 3/4 vivent à domicile. Ouais ils sont quasi qu'à domicile. Moi je ne fais pas d'intrahospitalier. Je fais que de l'extrahospitalier. Sinon c'est très rare, ça doit être 2 ou 3 interventions par an en intrahospitalier » 1.58 à 60</p>	<p>« C'est tout type d'âge. Je peux aussi bien intervenir en maternité pour un bébé qui a eu la clavicule cassée lors de l'accouchement, que dans les services gériatriques. » 1.45 à 46</p>
<b>Ruralité</b>				
<b>Connaissance des caractéristiques de la ruralité</b>		<p>« Les échanges se font entre les professions, et du coup on est au courant des dynamiques qui sont mises en place. Par exemple par des infirmières, alors qu'en ville on serait peut-être plus centré entre tous les ergothérapeutes, et je</p>	<p>« Notamment celui de *****. C'est à 20 km au nord du département des Hautes-Pyrénées, au nord de Tarbes, et dans un milieu rural du coup. La ville principale de vie elle fait que 5000 habitants et elle est limitrophe. En</p>	<p>« la Suisse c'est très rural. A l'inverse de ce qu'on pourrait imaginer les villes ne sont pas si grandes que ça, et le canton est souvent rattaché à pleins de petites villes autour donc c'est quand même un milieu relativement</p>

		<p>ne serais pas au courant de ce qui se passe avec les infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) qui s'occupent de la prévention justement »</p> <p>1.64 à 68</p>	<p>fait le Val d'Adour c'est tout le territoire de santé de l'hôpital et il est limitrophe au Gers et un peu au 64. Donc voilà un milieu bien rural »</p> <p>1.14 à 18</p>	<p>rural. C'est plein de petites villes qui sont satellisées autour des grandes villes. Genève c'est un peu particulier mais après Lausanne c'est une grande ville.</p> <p>Après je n'ai pas travaillé à Lausanne. Après les villes souvent sont max de la taille de Pamiers donc ce n'est vraiment pas des grosses villes »</p> <p>1.57 à 62</p> <p>« En fait ce n'est pas le même contexte social entre le rural et la ville. Tu es obligé d'en tenir compte. »</p> <p>1.87 à 88</p> <p>« Une fois encore les gens sont arrivés là parce qu'ils ont créé leur vie, qu'ils ont vécu des choses plus ou moins bien et ça fait qu'on en arrive là. Et encore plus en ruralité. En ville le parcours il est plus simple qu'à la campagne »</p> <p>1.431 à 433</p>
<p><b>Avantages de la ruralité</b></p>	<p>« Ben en milieu rural déjà en tant que personne moi je préfère habiter à la campagne plutôt qu'en ville parce que la ville pour moi ce n'est pas possible. Donc ensuite les gens sont quand même globalement moins stressés. Bon on se connaît tous parce que l'hôpital a une dimension tout à fait humaine, donc il y a quand même un côté très familial entre tout le personnel, et puis il se répercute également sur la prise en charge des patients qui apprécient beaucoup »</p> <p>1.50 à 54</p>	<p>« Alors pour les avantages je dirais que c'est le réseau. En fait il est relativement bien tissé. Je trouve que les gens ils sont repérer et repérable assez facilement parce qu'on n'est pas forcément nombreux. Notamment en ergothérapie ! Et après même avec les autres professionnels. Du coup il y a quand même des échanges qui se font, des lieux communs utilisés, etc. C'est ça qui est intéressant. Il y a une dynamique aussi. Enfin</p>	<p>« Un des autres avantages c'est qu'encore dans les Hautes-Pyrénées on a quand même beaucoup de famille, de voisins. On a quand même une entraide encore dans les villages. On a des familles qui sont encore présentes avec des enfants qui vivent à côté. »</p> <p>1.96 à 99</p> <p>« par le lien avec les familles et les aidants »</p> <p>1.125</p> <p>« On se connaît bien sur le Val d'Adour, donc</p>	<p>« Alors niveau avantage de travailler en milieu rural... Déjà les gens sont sympathiques »</p> <p>1.53.</p> <p>« Après sinon pour répondre sur les avantages du milieu rural. Déjà on a de beaux paysages et un cadre de vie vraiment agréable. Le bureau est sympa on va dire. Par exemple en Suisse je faisais beaucoup de visites à domicile donc j'adorais me déplacer en campagne. C'est calme,</p>

		<p>je trouve qu'il y a des choses qui essaient de se mettre en place entre professionnels. Les échanges se font entre les professions, et du coup on est au courant des dynamiques qui sont mises en place. Par exemple par des infirmières, alors qu'en ville on serait peut-être plus centré entre tous les ergothérapeutes, et je ne serais pas au courant de ce qui se passe avec les infirmières ASALEE (Action de SAnté Libérale En Equipe) qui s'occupent de la prévention justement » 1.59 à 68</p> <p>« Mais elles connaissent le réseau SOLIHA pour lequel je travaille, et donc elles orientent des patients vers eux et donc par incidence vers moi » 1.123 à 124</p> <p>« Elles peuvent aussi rencontrer les amis d'une personne qu'elles prennent en charge donc là le côté personnel et le côté professionnel sont intriqués » 1.240 à 242</p>	<p>quand même on communique tout ça et on ne travaille pas seul » 1.132 à 133</p> <p>« Après niveau avantage voilà c'est la campagne, c'est beau, c'est apaisant. C'est leur cadre de vie, c'est leurs histoires des villages... » 1.305 à 307</p>	<p>c'est magnifique comme lieu de travail » 1.62 à 66</p> <p>« ils se connaissent dans le voisinage ou familialement » 1. 451</p> <p>« En milieu rural très souvent c'est un milieu familial. Les familles sont souvent plus resserrées qu'en ville où elles sont souvent plus éclatées. Il y a plus de solidarités je pense en milieu rural qu'en milieu urbain. Je pense qu'il y a potentiellement plus d'aidants en zone rurale. Même s'ils sont loin, ils sont peut-être plus facilement joignables et intervenants. Je pense que c'est resté culturellement, même s'il y a eu une génération où c'était moins dans les mœurs. Alors qu'en milieu urbain c'est peut-être un peu moins resté » 1.221 à 226</p>
<b>Inconvénients de la ruralité</b>	<p>« le fait d'être reculé, le fait d'avoir accès aux soins, le manque de médecins, le manque d'infirmiers » 1.64 à 65</p> <p>« j'avais vraiment mis en rapport les problématiques du maintien à domicile avec la qualité de l'habitat, et le fait qu'en EHPAD il n'y a pas assez de place pour accueillir toutes les</p>	<p>« En plus les personnes âgées se déplacent moins de manière générale. Surtout qu'il y a moins de transport en commun en ruralité, donc en fait c'est plus difficile pour elles d'aller se mobiliser et d'aller se rendre à différents lieux. » 1.441 à 444</p>	<p>« d'être au plus près d'une population qui a quand même des difficultés de mobilité, d'accès aux soins » 1.95 à 96</p> <p>« Je trouve que par rapport à la ville on a des habitats un peu différents et un public un peu différent. Parce que je fais aussi l'équipe mobile de Tarbes, donc</p>	<p>« Il ne faut pas se le cacher une des plus grosses difficultés du milieu rural c'est qu'il y a beaucoup de déplacements. C'est d'ailleurs ce qui nous pénalise beaucoup en France, si je le compare au système Suisse, car si tu es loin des grosses villes tu fais vite du kilométrage. Donc souvent en tant que</p>

	<p>personnes qui ne peuvent pas être maintenues à domicile du fait de l'architecture de leur habitat et puis du manque de fonds pour pouvoir adapter leur habitat » 1.58 à 62</p> <p>« Et puis niveau problématique si les gens vivant en Ariège, justement vivent dans une partie éloignée et s'ils n'ont pas la capacité à conduire, et bien ils sont encore plus isolés.</p> <p>Le fait de vivre en montagne ça demande à se déplacer. » 1.89 à 92</p> <p>« le fait que ce soit un milieu rural, le problème c'est pour l'accessibilité à tout : que ce soit pour aller faire ses courses, que ce soit pour accéder aux soins... » 1.104 à 106</p> <p>« Je ne le sais pas parce que là on est en zone rurale, et c'est ça le problème. On n'est pas en plaine, donc il y a pas mal de temps de route car tout est espacé » 1.257 à 258</p> <p>« je râle par exemple pour les déclarations d'impôts par internet. Les pauvres personnes âgées ! Mais comment faire quand ils doivent se rendre à **** au centre des impôts, parce qu'il faut y aller à **** » 1.399</p>		<p>je vois quand même qu'il y a une différence entre ceux qui sont en ville, qui vont avoir accès à de l'information, à des magasins, à des revendeurs, et ceux qui sont en ruralité qui parfois manquent cruellement d'informations sur la filière et qui ont vraiment besoin d'être orientés et d'être accompagnés là-dedans » 1.100 à 105</p> <p>« Bah l'isolement ! On a parfois des personnes, mais c'est valable en ville aussi hein, qui sont très isolées. Mais qui là vont être isolées géographiquement aussi, alors qu'en ville parfois on arrive à avoir des professionnels de proximité et géographiquement moins éloignés » 1.111 à 114</p> <p>« Après c'est des niveaux socio-culturels, j'ai l'impression mais je n'ai pas d'études et pas de chiffres, avec des niveaux un petit peu plus bas dans le sens où il y a beaucoup d'agriculteurs ici. C'est une génération où beaucoup n'ont pas eu accès à l'école et démarraient encore le travail très tôt. Bon ça changera d'ici 10 ans, mais voilà on a encore cette population-là. » 1.115 à 119</p> <p>« Vieillir en milieu rural... Alors moi je</p>	<p>professionnel tu fais plus de temps en déplacements qu'en actions réelles. Pour moi c'est vraiment ça le plus pénalisant. Après aussi milieu rural ça rime souvent avec difficultés financières et familiales » 1.66 à 71</p> <p>« Il y a une notion de capacité intellectuelle souvent. Je pense que tous les départements ruraux, sauf s'il y a une grande ville, tu ne vas pas pouvoir appréhender les choses de la même manière. Après parler de capacité intellectuelle c'est un peu trop gros... Je voulais surtout dire que les attentes et les compréhensions ne sont pas les mêmes. Après voilà il y a tout un contexte social. Par exemple sur Toulouse tu vas avoir plus de boulot de cadres qu'ici, donc des gens qui ont un niveau d'étude plus élevé. Globalement dans les grandes villes tu peux leur expliquer généralement des trucs un peu plus pointus. Dans le monde agricole qu'on a plutôt par chez nous il ne faut pas utiliser les mêmes termes. Après il ne faut pas non plus être trop basique parce que sinon c'est réducteur. Il faut toujours adapter le vocabulaire en fonction de la personne que tu as en face » 1.90 à 100</p>
--	---	--	---	--

			<p>commence à avoir une vision politique de la chose (rire). Je trouve quand même que les politiques actuelles centralisent dans les villes et ce n'est pas du tout une bonne chose. Donc il y a une perte des commerces de proximité, des acteurs de proximité, et c'est l'isolement le principal risque de tout ça. On voit qu'avant l'épicerie venaient par camion dans les villages et ça ne se fait quasiment plus. Pareil pour la poste ou les boulangers. Donc ils ont un arrêt là comme ça, prématuré à mon sens, des activités sociales et de loisirs, et de l'accès aux soins. » 1.297 à 303</p> <p>« C'est un couple qui vit à la Maillou. C'est un petit village très étendu en zone rurale. Concrètement pour arriver chez eux c'est un chemin de terre sans ligne blanche. » 1.348 à 350</p>	<p>« Tout le contexte social n'est pas le même et les attentes ne sont pas tout à fait pareil. Par exemple pour les orthèses que je fais au *****, un intellectuel il va rester à la maison tranquille tout en surveillant régulièrement, alors qu'un agriculteur il doit labourer son champ, il doit porter du poids, etc. et il ne fait quasiment pas de surveillance de l'orthèse » 1.114 à 117</p> <p>« Après concernant les inconvénients c'est souvent : le manque de prises en charge médicalisées, l'éloignement, un mauvais accès aux soins (en lien avec l'éloignement et la manque de prises en charge médicales car tu n'as pas toutes les spécialités en milieu rural). Après on peut aussi noter les conditions de vie qui ne sont pas souvent aussi favorables qu'en ville. Par exemple c'est des maisons qui sont plus ou moins vétustes avec des moyens de chauffages qui demandent plus d'entretien (il y en a pas mal ici qui se chauffent encore au bois). Donc ça nécessite une certaine autonomie et dès qu'il y a une trop grosse perte d'autonomie là ça devient compliqué. Et en plus il faut regarder au niveau familial parce que souvent il y a des</p>
--	--	--	--	---

				biens, il y a des terres et ils n'ont pas les mêmes vues que les urbains. » 1.237 à 246
<b>Accessibilité aux soins en zone rurale</b>	<p>« Mais sur quel plan en milieu rural ? Sur le fait de prendre en charge les personnes, sur la facilité d'accès aux soins, ou sur moi en tant que personne ? » 1.47 à 48</p> <p>« le fait d'être reculé, le fait d'avoir accès aux soins, le manque de médecins, le manque d'infirmiers » 1.64 à 65</p> <p>« Et puis niveau problématique si les gens vivant en Ariège, justement vivent dans une partie éloignée et s'ils n'ont pas la capacité à conduire, et bien ils sont encore plus isolés. Le fait de vivre en montagne ça demande à se déplacer. » 1.88 à 91</p> <p>« le fait que ce soit un milieu rural, le problème c'est pour l'accessibilité à tout : que ce soit pour aller faire ses courses, que ce soit pour accéder aux soins... » 1.104 à 106</p> <p>« Alors en libéral il n'y a pas grand-chose. Puis sinon c'est surtout hospitalier, mais hospitalier il n'y a pas non plus grand-chose. » 1.110 à 111</p> <p>« Le fait de dire rural c'est de l'isolement. C'est l'accès aux soins. Moi je mets ça surtout là-dessus, parce que la maison en l'occurrence</p>	<p>« pour les inconvénients c'est qu'on fait beaucoup de routes parce que justement on n'est pas nombreux. Par exemple là en libéral je couvre le bassin de la Haute-Ariège » 1.68 à 70</p> <p>« J – Donc peu de professionnels en ergothérapie en Ariège. E – Oui et même peu de professionnels spécialisés tout court en fait. J'entends pour les enfants les neuropédiatres, mais j'entends aussi pour les personnes âgées des cardiologues, etc. Du coup il y a le réseau qui s'organise pour permettre à ces personnes âgées de pouvoir avoir des accès à des professionnels de santé spécialisés, tout en restant dans le secteur. » 1.76 à 80</p> <p>« Alors pour des professions qui sont vraiment spécialisées comme par exemple les pneumologues, les cardiologues, etc., comme ce sont des médecines très particulières quand on veut avoir un avis particulier les gens sont obligés de faire de la route pour avoir cet avis-là. Par exemple il n'y a qu'une seule dermato sur *****, donc</p>	<p>« L'hôpital prend en charge intégralement » 1.79</p> <p>« Il voulait en fait que le médecin de l'EMG quand elle se déplace facture des consultations, mais elle a clairement refusé ça. » 1.84 à 85</p> <p>« Je trouve que par rapport à la ville on a des habitats un peu différents et un public un peu différent. Parce que je fais aussi l'équipe mobile de Tarbes, donc je vois quand même qu'il y a une différence entre ceux qui sont en ville, qui vont avoir accès à de l'information, à des magasins, à des revendeurs, et ceux qui sont en ruralité qui parfois manquent cruellement d'informations sur la filière et qui ont vraiment besoin d'être orientés et d'être accompagnés là-dedans. Donc un des désavantages, c'est évidemment que parfois on arrive sur des situations tard, parce que les gens ne sont pas informés et parce que les familles fonctionnent un peu comme elles peuvent très longtemps. Donc parfois on arrive sur les situations un peu tard » 1.100 à 107</p>	<p>« Après on en a des personnes qui habitaient à la campagne et qui sont allées vivre chez leurs enfants en ville car c'était plus facile comme démarche (hôpitaux plus conséquents, plus de spécialités, etc.). Ça dépend du niveau de dépendance de la personne » 1.226 à 229</p> <p>« Après la facilité peut-être aussi c'est que tu as des médecins, tu as des groupes infirmiers, etc. qui sont peut-être plus présents sur le terrain en milieu rural. Alors c'est peut-être plus difficile d'en trouver mais je pense qu'une fois qu'ils y sont c'est plus un contexte familial. Il y a peut-être un petit peu plus d'accompagnement. En ville c'est très mécanisé, en milieu rural c'est un petit peu moins même si certains infirmiers ou médecins sont un petit peu au chrono parce qu'il y a du boulot. Mais malgré tout je pense qu'il y a un contexte social encore un peu maintenu. » 1.231 à 237</p>

	<p>qu'on est allée voir c'est une maison qui est de plain-pied. Il y a trois marches d'accès pour arriver depuis le sol extérieur au sol de la maison, mais après tout est de plain-pied. Il n'y a pas d'escaliers dans la maison, donc ce n'est pas qu'une histoire d'habitat pas adapté. Le côté rural c'est par rapport à l'éloignement, et encore elle n'est pas si éloignée que ça puisque c'est sur le secteur où il y a le SSIAD. On va dire alors dans ce cas que c'est plus sur l'offre de prise en charge qui n'est peut-être pas assez conséquente par rapport aux demandes » 1.238 à 245</p> <p>« Développer un petit peu plus les SSIAD et peut-être tous les aidants à domicile. Bon après je sais ce que c'est que les aidants à domicile... Au SSIAD quand ils ont des petites voitures et qu'ils doivent se déplacer, des fois il y a 45 min de route d'un bénéficiaire à l'autre, donc beaucoup de temps sur la route. Ils doivent aller vite sur la route, avec tous les risques que ça peut représenter. Donc voilà après c'est au responsable de secteur de faire des trajets qui soient cohérents. Mais quand il n'y a pas assez de personnel ou qu'il y en a qui sont en maladie, ben il faut continuer à assurer les prises en charge. Et en plus voilà il n'y a pas</p>	<p>ça ne fait pas beaucoup. En plus aujourd'hui les médecins ils ont un certain quota de patients donc certains patients ne peuvent même pas être pris en charge sur ****. Donc en résumé il y a un petit problème d'accessibilité aux soins. » 1.84 à 90</p> <p>« à cette période j'ai fait 45 min de route à chaque fois que je partais prendre en charge... Voir 1h ou 1h30 d'ailleurs car l'ergo avait son rayon d'action qui couvrait l'Ariège mais aussi le sud de la Haute-Garonne. Donc là j'ai dû faire de la route et ça m'a demandé de m'adapter entre le temps que je passais sur la route et le temps où je faisais les prises en charge » 1.109 à 113</p> <p>« Après il y a l'aspect financier à prendre en compte. Ça c'est vrai que c'est quelque chose qui me questionne parce que les personnes âgées n'ont pas forcément beaucoup de finances avec leurs petites retraites et les séances d'ergothérapie en fait ne se sont pas accessibles » 1.213 à 216</p> <p>« Déjà en inconvénients il y a le manque de professionnels spécifiques par rapport aux pathologies que peuvent développer les</p>	<p>« Après il y a un temps de trajet, mais ça c'est un inconvénient que je nomme mais qui ne me dérange pas moi ni mes collègues. Mais bon le fait est qu'on fait de la route. Un peu plus qu'en ville où parfois voilà c'est un peu plus rapide. » 1.108 à 110</p> <p>« Bah l'isolement ! On a parfois des personnes, mais c'est valable en ville aussi hein, qui sont très isolées. Mais qui là vont être isolées géographiquement aussi, alors qu'en ville parfois on arrive à avoir des professionnels de proximité et géographiquement moins éloignés » 1.111 à 114</p> <p>« S'il y a des personnes un peu seules qui ont des DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) là je suis appelée parce qu'il y a une méconnaissance, surtout sur le Val d'Adour pas sur Tarbes mais sur la ruralité, car les personnes âgées ne savent pas du tout où se tourner (quelles aides existent ? Comment on aménage le logement par rapport à ces troubles visuels évolutifs qui arrive tard ? etc.). » 1.212 à 216</p> <p>« Vieillir en milieu rural... Alors moi je commence à avoir une vision politique de la chose (rire). Je trouve</p>	
--	--	---	---	--



	<p>beaucoup de personnel qui se présente à la porte pour y travailler » 1.247 à 254</p> <p>« Donc comme il y a trop de temps de route maintenant je ne fais pas les visites à domicile si ça dépasse une heure de route. Ce n'est vraiment pas possible une heure de route, c'est trop loin. » 1.262 à 264</p> <p>« c'est vraiment le côté géographique qui rend compliqué l'accès aux soins » 1.377</p>	<p>personnes âgées » 1.227 à 228</p> <p>« le fait qu'il n'y ait pas non plus beaucoup d'établissements. Parfois les urgences sont assez loin. Par exemple s'il y a une chute on appelle les pompiers mais s'il y a des complications il faut aller dans la grande ville à côté... En bref vous avez beaucoup de transport. D'ailleurs niveau transport ce n'est pas si facile en vrai. C'est mal desservi à certains endroits. » 1.229 à 232</p> <p>« Il y a aussi une faible connaissance des métiers comme le nôtre. Heureusement pour les personnes âgées c'est en partie compenser par les infirmières qui sont un très gros réseau au niveau du maillage territorial, ce qui est vraiment intéressant notamment car elles les rencontrent très régulièrement. C'est vraiment un suivi. » 1.235 à 238</p> <p>« Ensuite moi normalement je ne les vois plus parce que sinon financièrement ce serait à eux de payer pour un suivi complémentaire » 1.322 à 324</p> <p>« je pense qu'il faut faire un parallèle avec l'évolution de la santé car selon mon point de</p>	<p>quand même que les politiques actuelles centralisent dans les villes et ce n'est pas du tout une bonne chose. Donc il y a une perte des commerces de proximité, des acteurs de proximité, et c'est l'isolement le principal risque de tout ça. On voit qu'avant l'épicerie venaient par camion dans les villages et ça ne se fait quasiment plus. Pareil pour la poste ou les boulangers. Donc ils ont un arrêt là comme ça, prématuré à mon sens, des activités sociales et de loisirs, et de l'accès aux soins. » 1.297 à 303</p> <p>« Après clairement à 5 libéraux dans le département, j'ai un emploi du temps chargé. Donc là il y a moi et niveau accès aux soins je suis la seule à être assez accessible » 1.319 à 321</p> <p>« voilà on est peu nombreux et je suis la seule à faire vraiment de l'ergothérapie pure et dure en plus. Après voilà mes collègues sont accessibles mais financièrement pas toujours. C'est le problème du libéral car les gens ne payent pas. Là j'ai une famille qui m'a dit justement hier « mais on s'est renseigné pour savoir combien ça coûtait d'avoir une ergothérapeute » parce qu'ils avaient peur de devoir me payer à la</p>	
--	--	---	---	--

		<p>vue aujourd'hui ça se libéralise. Dans le sens où on est de plus en plus nombreux à être en libéral en ergothérapie et qu'on est de moins en moins nombreux à être en structure. Après je pense que ça pourrait être intéressant justement d'avoir quelqu'un dans une structure parce que l'intervention n'est pas du tout la même. En fait la demande quand on est en libéral elle est beaucoup plus ponctuelle et il faut être efficace en une fois. Alors que d'être en structure on peut aller revoir la personne et essayer plein de choses. » 1.350 à 357</p> <p>« En plus les personnes âgées se déplacent moins de manière générale. Surtout qu'il y a moins de transport en commun en ruralité, donc en fait c'est plus difficile pour elles d'aller se mobiliser et d'aller se rendre à différents lieux. » 1.441 à 444</p> <p>« L'idée si c'est de réduire les déplacements pour des familles isolées bon c'est vraiment intéressant » 1.472 à 473</p>	<p>deuxième séance. Du coup ils ont regardé les bilans et ils m'ont dit qu'ils n'auraient pas payé ça. » 1.336 à 341</p> <p>« Mais du coup c'est la question de la mobilité : on les amène comment c'est patient là ? Donc c'est aussi les transports quoi. C'est l'accès aux soins vraiment très global en fait » 1.435 à 437</p>	
--	--	--	--	--

<p><b>Être ergothérapeute en zone rurale</b></p>	<p>« le milieu rural par rapport à la prise en charge des gens, là je pense qu'il y a quand même une problématique sur le fait que les gens ne savent pas ce que c'est que l'ergothérapie » 1.55 à 56</p> <p>« Ben en essayant de trouver des fournisseurs qui seraient quand même assez proches des gens, déjà, pour mettre en place du matériel... Et qui fassent à un suivi. Parce qu'il ne s'agit pas juste de poser le matériel. Il faut quand même qu'il y ait un suivi. Et puis indirectement en formant donc les équipes d'AriègeAssistance, s'il y a des soins fait par eux, sur l'utilisation des aides techniques. Et puis essayer de briefer au maximum les familles quand c'est possible » 1.72 à 76</p> <p>« voir en collaboration avec ma collègue assistante sociale, quelles aides humaines on peut mettre en place pour permettre un maintien à domicile » 1.95 à 96</p> <p>« en libéral j'ai une collègue mais je ne sais pas dans quel cadre elle intervient, ni quels sont ses champs d'action, ni financièrement comment elle se fait payer aussi parce qu'il faut arriver à en vivre. Ici il y a très peu d'ergos en libéral » 1.112 à 115</p>	<p>« Alors ce qui n'est pas simple... ben déjà de ne pas être spécialisé. Ça ça demande une adaptation constante. Il faut être touché à tout et en même temps être assez spécialisé parce que chacun a besoin d'avoir des réponses spécifiques, ce qui est complètement entendable. Alors autant le logement et les aides techniques ce n'est pas quelque chose qui me pose problème, parce que je l'ai beaucoup fait en MDPH. Mais c'est vrai qu'après à la MAS ils me sollicitent par exemple pour les fausses routes, et donc je leur ai expliqué que ce n'était pas mon cœur de métier et donc je le fais beaucoup moins. Du coup ils orientent plutôt vers la diététicienne » 1.47 à 53</p> <p>« Ou sinon il faut se former » 1.55</p> <p>« pour les inconvénients c'est qu'on fait beaucoup de routes parce que justement on n'est pas nombreux. Par exemple là en libéral je couvre le bassin de la Haute-Ariège » 1.68 à 70</p> <p>« Bon déjà en arrivant je me suis mis dans un réseau. Je me suis installée en maison de santé pour pouvoir travailler avec cette connexion d'équipe. Ça</p>	<p>« je suis la seule sur l'extrahospitalier. Enfin on est deux maintenant, mais au départ j'étais la seule » 1.21 à 22</p> <p>« On va se dire que 80% des personnes qui me sont orientées, sont orientées par le gériatre de l'équipe mobile, et 20% par les autres médecins, donc les autres gériatres de l'hôpital à l'issue des consultations gériatrique ou de l'hôpital de jour. Et puis parfois par des partenaires aussi. Par exemple, l'HAD (Hospitalisation A Domicile) peut m'appeler, bon assez rarement, mais parfois ils le font. Il y a le CLIC aussi. Voilà on peut avoir d'autres partenaire. Il y a les revendeurs de matériel médical parfois qui peuvent me rappeler sur des situations. Voilà on a 20% de partenaires, d'autres médecins ou d'autres structures. » 1.49 à 55</p> <p>« les gens sont à domicile et ils viennent en consultation en consultation gériatrique, et là parfois les autres médecins m'orientent, ou ils viennent à l'hôpital de jour et parfois l'hôpital de jour m'orientent. Mais sinon c'est le médecin de l'équipe mobile » 1.62 à 64</p> <p>« Enfin on a une équipe, donc il y a un gériatre, un temps plein et demi</p>	<p>« Il y a souvent des contextes familiaux un petit peu compliqués. Par exemple si tu intervies avec une famille de fermiers tu as souvent plusieurs frères ou sœurs et c'est parfois dur de les mettre tous d'accord. Il faut aussi gérer ce que tu dis et à qui tu le dis. Donc il faut adapter sa prise en charge au patient et à tout le système qui va autour. Après c'est aussi intéressant car à chaque fois que tu changes de coin en zone rurale, tout est toujours différent. » 1.73 à 77</p> <p>« . Je ne sais pas si j'ai adapté la pratique ou si c'est le milieu rural qui s'est adapté à moi. Comment dire... Dans tous les milieux où tu vas travailler, que ce soit en institution, en EHPAD, en institut public ou privé, etc. il faut que tu aies une certaine adaptation et une certaine souplesse. Après en institution tu fais en fonction des équipes, et à domicile je pense que si tu as une bonne analyse de la situation et que tu vois à peu près les difficultés tu fais en fonction du contexte social. Je pense que c'est ça qui prime. » 1.80 à 85</p> <p>« Il y a une notion de capacité intellectuelle souvent. Je pense que tous les départements ruraux, sauf s'il y a une</p>
--	---	--	--	---

	<p>« Il n'y a pas d'ergo non, mais il y a une psychomotricienne qui a pu aboutir à avoir des subventions pour aider les gens à maintenir leur autonomie à domicile (pour l'élaboration des repas, des choses comme ça) » 1.150 à 152</p> <p>« Également mise en place de kiné pour essayer de maintenir cette dame à la maison, puisqu'elle voulait rentrer chez elle et pas aller en EHPAD. » 1.165 à 166</p>	<p>c'était essentiel pour moi » 1.96 à 98</p> <p>« non ça s'est fait assez naturellement » 1.94</p> <p>« En fait en entendant le mot « adapté » j'ai l'impression que ça a été forcément compliqué tu vois. Alors qu'en vrai je n'ai pas l'impression que ça a été vraiment compliqué. Ça s'est fait assez naturellement. » 1.98 à 100</p> <p>« pour être en réseau, au tout début quand je me suis installée ici en Ariège, j'ai dû faire beaucoup de route pour pouvoir être dans un cabinet d'ergothérapie. Je l'ai fait pour être en collaboration et pour découvrir le libéral parce que je n'étais pas en libéral et je ne connaissais pas. Et donc à cette période j'ai fait 45 min de route à chaque fois que je partais prendre en charge... Voir 1h ou 1h30 d'ailleurs car l'ergo avait son rayon d'action qui couvrait l'Ariège mais aussi le sud de la Haute-Garonne. Donc là j'ai dû faire de la route et ça m'a demandé de m'adapter entre le temps que je passais sur la route et le temps où je faisais les prises en charge » 1.106 à 113</p> <p>« quand je me suis installée ici c'est vrai</p>	<p>d'infirmier, 80% d'assistante sociale, il y a moins à 90% et une ASG à 80% » 1.80 à 82</p> <p>« Dans 90% des cas on a les enfants souvent qui sont là, mais parfois des aides à domicile ou d'autres structures, mais les aidants sont présents pendant nos rencontres et pendant quasiment toutes mes séances. Comme ça le lien est plus facile et je travaille vraiment avec eux. C'est-à-dire que les solutions je les trouve avec tout le système. Comme ça voilà je suis sûre qu'on est sur des choses pérennes et que je ne vais pas travailler des choses avec l'aidé que l'aidant n'arrivera pas à assumer derrière. Donc l'aidant est toujours présent et quand il n'y en a pas on va trouver en créant un étayage de professionnels autour du patient. » 1.125 à 132</p> <p>« Ensuite je les accompagne souvent plus longtemps et notamment dans les démarches. Par exemple ce n'est pas juste je vais proposer et il n'y a rien derrière. Là il y a une personne il y a besoin en fait de réaménager un peu la chambre, et je ne vais pas juste le proposer mais je vais pouvoir aussi aller aider sa femme à le faire s'il y a besoin. On va un petit peu au-delà de nos</p>	<p>grande ville, tu ne vas pas pouvoir appréhender les choses de la même manière. Après parler de capacité intellectuelle c'est un peu trop gros... Je voulais surtout dire que les attentes et les compréhensions ne sont pas les mêmes. Après voilà il y a tout un contexte social. Par exemple sur Toulouse tu vas avoir plus de boulot de cadres qu'ici, donc des gens qui ont un niveau d'étude plus élevé. Globalement dans les grandes villes tu peux leur expliquer généralement des trucs un peu plus pointus. Dans le monde agricole qu'on a plutôt par chez nous il ne faut pas utiliser les mêmes termes. Après il ne faut pas non plus être trop basique parce que sinon c'est réducteur. Il faut toujours adapter le vocabulaire en fonction de la personne que tu as en face. Après pour moi ce qui est le plus difficile c'est quand tu mets en place une prise en charge, pour rester basique, un agriculteur et un cadre de la ville ça va être différent. Le cadre de la ville s'il a un arrêt de travail ce n'est pas si grave car il n'a pas d'obligations réelles. Alors que l'agriculteur lui il a son bétail et il a sa ferme à faire tourner. Ils ont vraiment des conditions de vie différentes tous les deux » 1.90 à 104</p>
--	--	---	---	--

		<p>que j'ai eu l'opportunité d'intégrer cette maison de santé, et c'était justement en fait essentiel pour moi. Je savais que j'allais être toute seule comme ergothérapeute et la MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) ça me permettait de pouvoir échanger avec mon point de vue d'ergothérapeute avec des professionnels qui s'intéressent aussi aux personnes âgées et à leur maintien à domicile. » 1.113 à 118</p> <p>« Souvent en fait j'ai repéré qu'il fallait que les aménagements de logement ils soient assez simples. Ça dépend des gens mais globalement ici en milieu rural ils veulent quelque chose qui fonctionne en priorité et puis pas forcément trop joli car voilà il ne faut pas trop toucher aux bases » 1.210 à 213</p>	<p>missions premières. » 1.133 à 137</p> <p>« S'il y a des personnes un peu seules qui ont des DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) là je suis appelée parce qu'il y a une méconnaissance, surtout sur le Val d'Adour pas sur Tarbes mais sur la ruralité, car les personnes âgées ne savent pas du tout où se tourner (quelles aides existent ? Comment on aménage le logement par rapport à ces troubles visuels évolutifs qui arrive tard ? etc.). » 1.212 à 216</p>	<p>« Les consignes de port de l'orthèse passent différemment pour les deux et il faut de base les présenter différemment. Autant avec certains tu peux bien développer, autant avec d'autres tu vas plutôt axer les consignes sur le versant négatif. Au lieu de présenter l'intérêt positif de l'orthèse je vais devoir leurs dire que s'ils font telle ou telle chose il va se passer quelque chose de négatif. Par exemple si tu ne fais pas attention à ça tu risques de luxer ta prothèse, donc de repartir pour un tour et au final perdre plus de temps qu'en respectant les consignes. Après je suis d'accord que normalement dans les explications il ne faut pas axer le discours sur le interdits, mais dans certains cas de figure c'est préférable » 1.117 à 125</p> <p>« Il faut être plus stricte sur les limites et peut-être moins ouvert. » 1.127</p> <p>« En plus, ils remontent les infos à qui ? A qui ils vont remonter qu'il y a besoin d'un ergo ? Encore faudrait-il qu'ils pensent à faire intervenir un ergo. » 1. 465 à 467 7</p> <p>« Tu essaies en fait de te projeter sur ce qu'ils vont faire, même s'ils te disent qu'ils ne vont pas</p>
--	--	---	---	--

				le faire. De toute façon ils sont obligés, ils ne vont pas laisser mourir leur bétail par exemple. Tu es obligé d'en tenir compte, donc en fait dans ta prise en charge tu fais un peu du 50/50 entre ce que tu voudrais leur proposer de mieux et la réalité de leur quotidien. » 1.130 à 133
<b>Viellissement</b>				
<b>Connaissance des caractéristiques du vieillissement</b>	« J - Parce que selon vous est-ce que toutes les personnes âgées ont des déficits au niveau cognitif ? E – Non, non, non. » 1.202 à 204		« On ne va pas être dans le vieillissement physiologique, on est plutôt dans le vieillissement pathologique » 1.218 à 219	« Après tout le monde ne vieillit pas pareil. » 1.137 à 138  « Non le vieillissement n'est pas pathologique. C'est les pathologies que tu vas créer au cours de tes activités professionnelles qui vont faire que tu vieillis plus ou moins vite. » 1.146 à 147
<b>Connaissance de la fragilité</b>	« visite à domicile, évaluation du risque de chute et préconisation » 1.38 à 39  « la personne on la rééduque comme on peut. On essaie de lui faire récupérer tout ce qu'elle peut récupérer, et malgré tout des fois la personne âgée... Bon ben il y a l'âge qui est là, et donc on reste des fois sur des limitations » 1.77 à 79  « La dépression. Se voir perdre ses capacités et en être très conscient. Les risques de chute évidemment. Je dirais presque le fait d'être dans le déni de la perte des capacités, ce qui augmente le risque de	« Par exemple, les infirmières ASALEE elles font des bilans de fragilité qui sont pris en charge par la sécurité sociale, où elles évaluent en fait les capacités cognitives, les difficultés motrices et comment ça se passe dans la vie de tous les jours. Donc c'est important pour moi d'avoir ce contact-là. » 1.118 à 121  « dernièrement il y a une personne pour qui ça a été proposé qui est âgée de 75 ans, qui a de l'arthrose dans les doigts et qui n'arrive plus à ouvrir des bouches et plein d'autres choses dans sa vie tous les jours » 1.131 à 133	« avec les infirmières, on fait les sorties d'hospitalisation de SSR à 15 jours pour vérifier que tout se passe bien à la maison en sortie d'hospitalisation, et qu'ils n'ont pas d'autres problématiques parce qu'on sait que c'est des situations un peu fragiles » 1.36 à 38  « J'interviens aussi pas mal sur le thème des chutes avec les chuteurs à domicile. Donc c'est souvent un motif d'orientation pour repérer les facteurs de risque de chute et proposer des actions en lien » 1.39 à 41  « le plus gros risque que j'observe ou qui m'est	« tremblements, chutes, troubles cognitifs, désorientation temporo-spatiale, ... » 1.137 à 138  « Après tout le monde ne vieillit pas pareil. » 1.137 à 138  « Pour moi c'est encore principalement son parcours social. En fonction des tes activités professionnelles et de ton mode de vie ça a un impact variable. Par exemple si la personne avait un métier dans un bureau ou si la personne travaillait dehors par tous les temps tu vieilliras différemment. La deuxième va s'abimer plus vite et avoir plus de chance de

	<p>chute. La perte d'autonomie » 1.83 à 85</p> <p>« tout dépendra des capacités physiques. Une personne qui a eu un boulot difficile, forcément avec une polyarthrose, des douleurs et tout, ça limite » 1.88 à 89</p> <p>« qui dit personnes âgées, dit nécessité de soins voilà. Et puis voir s'il y a des aidants possibles à domicile » 1.106 à 107</p> <p>« Elle était autonome avec sa prothèse de hanche, mais y a eu un souci car elle est tombée sur sa prothèse. Du coup elle s'est retrouvée sans appui ce qui a amené à une perte d'autonomie avec incapacité à la marche, et là c'était utilisation du fauteuil » 1.158 à 160</p> <p>« C'était chez une personne qui est en risque de chute, avec des troubles cognitifs qui s'installent (un début de démence). Cette personne est veuve et elle vit toute seule depuis quelques années. Elle est très entourée par ses filles, dont deux qui vivent assez proches et qui ont la possibilité de passer régulièrement » 1.171 à 175</p> <p>« Et notamment aussi pour les premières nuits, voir comment ça se passait parce qu'ici madame a présenté</p>	<p>« Typiquement cette dame que j'ai eu l'occasion de rencontrer, elle avait des problèmes de santé aussi et au final parfois les problèmes de santé prennent la place principale en fait dans les soins et on ne voit plus forcément le reste » 1.141 à 143</p> <p>« La perte de force, la perte de motricité... Après il faut voir si on regarde sur un plan rééducatif ou si on le voit sur le versant de la performance (ne plus réussir à se laver seul, à s'habiller seul, etc.). Ça dépend comment on se place. Après dans tous les cas les choses ont une cause et une conséquence. Du coup il peut y avoir la dépression aussi car sur le plan soit cognitif, soit moteur, soit mental il y a des enjeux. Donc en fonction de la personne le risque peut être plus ou moins élevé et donc c'est à prendre en compte au moment où on la rencontre. » 1.154 à 159</p> <p>« Alors globalement il peut y avoir un syndrome de glissement parce que la personne déprime, elle est dénutrie, etc » 1.161 à 162</p> <p>« Une personne âgée pourquoi elle a envie de rester chez elle... Bah parce qu'elle a ses</p>	<p>rapporté c'est le risque de chute. C'est quand même celui qui génère la plus grosse inquiétude de la part des familles et qui fait que ça aura un impact sur l'autonomie. Je rencontre beaucoup de familles qui empêchent les personnes âgées d'entreprendre des activités parce qu'elles ont trop peur qu'elles tombent et qui instille cette peur là aussi. Donc quand même le risque de chute il n'est pas négligeable, même si parfois il est pas réel. Voilà avec des personnes qui parfois gardent de très bonnes ressources, mais qui sont vraiment limitées par leurs proches d'accord. Ensuite quand le risque est avéré parce qu'on a un déclin des habiletés motrices (force, effort, une posture qui se modifie, etc.) là on va avoir pas mal des risques liés au syndrome de désadaptation motrice » 1.201 à 209</p> <p>« Ensuite il va y avoir tout ce qui est sensoriel, mais ça sur l'EMG on voit que c'est pas mal déjà traité. Les personnes ont déjà des soins dentaires, les lunettes, les appareils auditifs, etc. » 1.210 à 212</p> <p>« Ensuite c'est tout ce qui est troubles cognitifs. On ne va pas être dans le vieillissement physiologique, on est</p>	<p>développer plus vite des problématiques annexes. » 1.140 à 144</p> <p>« Non le vieillissement n'est pas pathologique. C'est les pathologies que tu vas créer au cours de tes activités professionnelles qui vont faire que tu vieilliss plus ou moins vite. » 1.146 à 147</p> <p>« Non en fait toutes : sociales, de loisirs, etc. En fait ça dépendra de tout ton environnement et de tout ce qui gravite autour de toi. Et également de la façon dont la personne appréhende sa vie. Donc ce n'est pas le vieillissement qui est pathologique, c'est toutes les pathologies que tu peux développer à travers tes activités plus ou moins variées qui vont faire que tu vas vieillir plus ou moins bien » 149 à 153</p> <p>« si la personne âgée est délirante » 1.203</p>
--	--	---	--	--

	<p>quand même des états un petit peu confusionnels pendant la nuit. » 1.188 à 190</p> <p>« Après moi ce qui me gêne le plus c'est surtout la capacité cognitive » 1.200 à 201</p> <p>« J - Parce que selon vous est-ce que toutes les personnes âgées ont des déficits au niveau cognitif ? E – Non, non, non. » 1.202 à 204</p> <p>« E - Ben le fait d'être enfermé chez soi. L'isolement ça ne stimule pas vraiment, et puis la télé ça va deux minutes, mais ce qu'il faut c'est le relationnel avec les autres. Et après ce sont des personnes aussi des fois qui ne souhaitent pas avoir de contact avec l'extérieur, qui se replient complètement sur elle, et donc ça ça augmente encore plus le problème cognitif.</p> <p>J - Ce serait lié à quoi cet enfermement ? E - Ben à la souffrance de se voir vieillir. La souffrance aussi de l'image de soi par rapport aux autres. Et puis aussi cette perte inéluctable des capacités. Bien qu'elle ne soit pas voulue, qu'elle soit même refusée et qu'elle mette en colère c'est une perte inéluctable des capacités. C'est un peu le cercle vicieux » 1.206 à 214</p>	<p>repères. Justement même quelqu'un qui a perdu des compétences cognitives ça permet d'avoir encore des repères qu'elle a depuis des années. Ça se positionne sur la mémoire à long terme. Enfin je pense que ça la rassure aussi. Après c'est ce qui pourrait poser problème ce serait au niveau du comportement en fonction de certaines pathologies. En fait quand le comportement devient un peu agressif ou que c'est vraiment trop lourd pour l'aidants là le maintien à domicile il est questionné. » 1.170 à 176</p> <p>« J'ai un exemple en tête d'une visite que j'ai faite il n'y a pas longtemps d'une dame. Ses filles sont médecins et elles organisent pour elle parce qu'elle a des tremblements orthostatiques depuis 40 ans. Donc à chaque fois qu'elle se lève elle a ses jambes qui ne la portent pas très bien, elle a du mal à prendre ses appuis, elle manque de force et tout ça. Ces derniers temps ça évolue rapidement donc elles organisent pour elle que la femme de ménage finalement vienne tous les matins, même le week-end, pour qu'elle la descende de sa chambre à l'étage</p>	<p>plutôt dans le vieillissement pathologique. Là c'est quand même bien 70% de notre population qui ont ces troubles-là. Sur ces troubles-là les risques vont être sur les risques d'accidents domestiques. Donc là on balise beaucoup où est ce que les personnes en sont, qu'est-ce qu'elles continuent à faire, comment est-ce qu'elles le font, est-ce qu'elles ont des apraxies ou des agnosies, etc. » 1.217 à 222</p> <p>« Les familles ne sont pas toujours informées de la manière dont ça peut évoluer aussi. Il y a de la méconnaissance » 1.224 à 226</p> <p>« Après bon y a les risques de fugue » 1.226</p> <p>« Est-ce que j'oublie d'autres risque ? Ah la motivation quand même je crois. Après moi je vois des personnes où on dépasse un peu le vieillissement physiologique et où on est plutôt sur le vieillissement pathologique. Donc voilà il y a quand même déjà un impact sur les activités sociales et souvent instrumentales, donc il y a un impact sur le moral, sur la motivation et sur l'organisation du quotidien » 1.232 à 236</p>	
--	--	---	--	--



	<p>« Ben ne pas s'apprécier. Commencer à être en colère contre soi. Ne pas arriver à se lever. Prendre des risques justement pour se prouver qu'on peut faire, alors qu'on ne peut pas, et puis tomber. Tomber, se faire mal et puis case départ » 1.216 à 218</p> <p>« c'est avec le déclin aussi des fonctions cognitives. Par exemple la dernière personne dont j'ai parlé elle est un peu dans le refus, et puis elle ne réalise pas. Elle se met toute seule en danger à vouloir faire les choses et à aller vite. Ne serait-ce que d'aller vite » 1.221 à 223</p> <p>« C'est juste impossible avec un fléchissement cognitif » 1.400</p> <p>« Si la personne est en capacité cognitive d'utiliser l'ordinateur » 1.457</p> <p>« Ca ne sera plus pertinent si franchement la nuit il y a une désorientation temporo-spatiale, ce qui augmente énormément les chutes si elle est déambulante » 1.193 à 194</p>	<p>pour le petit déjeuner. » 1.184 à 190</p> <p>« La chute » 1.201</p> <p>« qu'on sent bien là en l'occurrence pour cette dame, qu'elle était très capable de pouvoir exprimer que ce n'était pas facile pour elle de perdre son autonomie et de se rendre compte qu'elle devenait handicapée » 1.296 à 298</p> <p>« Elle a pleuré au monde de la séance parce qu'elle anticipait les éventuelles choses qu'elle ne pourrait plus faire. Et même si en fait c'était quelqu'un de très volontaire, elle se disait « si ça je ne peux plus le faire, si je ne peux plus faire ma cuisine alors que j'adore... à quoi bon ? ». Ça la déprimait d'avance de se rendre compte de la perte de capacités, des limitations qui arrivent, etc. » 1.300 à 304</p> <p>« les personnes âgées se déplacent moins de manière générale » 1.442 à 443</p> <p>« Alors typiquement avec SOLIHA en fait c'est la famille souvent qui appelle SOLIHA parce qu'au niveau des papiers administratifs les personnes âgées ont quand même besoin d'aide » 1.311 à 313</p>	<p>« Finalement quand on rencontre des personnes qui se sont déjà bien adaptées et qui ont des bonnes stratégies de compensation, on est sur des vieillissements un peu réussis et où ça va plutôt bien. » 1.236 à 238</p> <p>« il y a une dame que je suis et qui a un très bon vieillissement. Elle a des capacités d'adaptation. Elle a plein de stratégies » 1.267 à 269</p> <p>« il y a quand même une posture qui s'altère, un épuisement et une fragilité » 1.270 à 271</p> <p>« il se passe qu'il commence à chuter à la maison. Rapidement il va développer un syndrome post chute et des désadaptations motrices. Il n'arrête pas de chuter. Il chute environ deux fois par semaine » 1.355 à 357</p>	
<b>Maintien à domicile</b>	« que j'avais vraiment mis en rapport les	« Alors globalement il peut y avoir un	« Là il me reste une séance avec elle sur	« Alors en bien on peut dire que tant que tu n'as

	<p>problématiques du maintien à domicile avec la qualité de l'habitat, et le fait qu'en EHPAD il n'y a pas assez de place pour accueillir toutes les personnes qui ne peuvent pas être maintenues à domicile du fait de l'architecture de leur habitat et puis du manque de fonds pour pouvoir adapter leur habitat. Voilà donc ouais la prise en charge des patients sur les retours à domicile pour les personnes âgées ce n'est pas toujours évident à cause de cet habitat » 1.57 à 63</p> <p>« J - Donc pour vous le maintien à domicile c'est quelque chose de compliqué ?</p> <p>E – Oui, ça le devient. Il y a le SSIAD mais il ne peut pas répondre » 1.65 à 66</p> <p>« faire de la prévention des chutes, et voir en collaboration avec ma collègue assistante sociale, quelles aides humaines on peut mettre en place pour permettre un maintien à domicile... Et puis une vie correcte à domicile ! Parce qu'il est tout à fait normal qu'une personne veuille rester chez elle et y mourir si c'est possible » 1.94 à 97</p> <p>« quand on nait quelque part on souhaite y rester. En général on aime son milieu, donc avantage ou inconvénient, ben on aime l'endroit où on nait,</p>	<p>syndrome de glissement parce que la personne déprime, elle est dénutrie, etc. Donc là forcément ça amène à une hospitalisation et donc le maintien à domicile il est questionné à ce moment-là. C'est là où ça vous rend plus difficile. D'ailleurs le risque du vieillissement aussi peut-être lié à justement ce questionnement du maintien à domicile. Les personnes âgées ont quand même aussi envie de rester, enfin pour beaucoup que je rencontre justement dans le cadre de SOLIHA, ils ont envie de rester à domicile. D'où la demande auprès de SOLIHA pour l'adapter, et malgré parfois des handicaps qui sont très lourds » 1.161 à 168</p> <p>« Une personne âgée pourquoi elle a envie de rester chez elle... Bah parce qu'elle a ses repères. Justement même quelqu'un qui a perdu des compétences cognitives ça permet d'avoir encore des repères qu'elle a depuis des années. Ça se positionne sur la mémoire à long terme. Enfin je pense que ça la rassure aussi. Après c'est ce qui pourrait poser problème ce serait au niveau du comportement en fonction de certaines</p>	<p>l'aménagement du logement » 1.271 à 272</p> <p>« J - Parce que le but principal de voir ces personnes-là à domicile c'est quoi exactement ?</p> <p>E – C'est de permettre le maintien à domicile déjà » 1.276 à 277</p> <p>« pour les gens on cherche le maintien à domicile, l'autonomie et le maintien des habitudes de vie et des activités importantes. » 1.284 à 285</p> <p>« J - Et pour une personne qui serait par contre vraiment seule à domicile, comment vous faites s'il n'y a pas du tout d'aidants, de voisins ou autre ?</p> <p>E - Là c'est un gros risque. Si c'était lui qui m'avait été orienté par le CLIC, et que j'étais arrivée dans la même situation et qu'il n'avait pas eu d'épouse, clairement j'aurais appelé la gériatre pour lui dire de vite venir le voir » 1.391 à 395</p> <p>« Parfois ça peut pour le coup mener à une hospitalisation si l'état de santé est trop fragile, et qu'il n'y a personne au domicile pour étayer et pour soutenir un problème médical. S'il n'y a personne qui peut être là pour veiller ça peut être un motif d'hospitalisation » 1.397 à 399</p>	<p>pas de dépendance et que tu n'as pas besoin de soins particulièrement lourds et bien on va dire que si tu as la chance d'y rester car tu es dans ton cadre de vie » 1.219 à 221</p> <p>« Après on peut aussi noter les conditions de vie qui ne sont pas souvent aussi favorables qu'en ville. Par exemple c'est des maisons qui sont plus ou moins vétustes avec des moyens de chauffages qui demandent plus d'entretien (il y en a pas mal ici qui se chauffent encore au bois). Donc ça nécessite une certaine autonomie et dès qu'il y a une trop grosse perte d'autonomie là ça devient compliqué » 1.240 à 244</p> <p>« On essaye de voir comment ils peuvent continuer à vivre dans ces conditions là et comment ils peuvent continuer à rester dans leurs lieux de vie le plus longtemps possible. J – Et justement en quoi ça peut être intéressant que quelqu'un reste chez soi ?</p> <p>E – C'est son lieu de vie donc déjà ça le stabilise. Par rapport à certains troubles de démence, ça permet de garder des points fixes. Donc à un certain âge l'apprentissage de nouvelles choses est plus compliqué. Donc c'est sûr que c'est un</p>
--	--	---	---	--

	<p>où on a choisi de s'établir » 1.102 à 104</p> <p>« voir s'il y a des aidants possibles à domicile » 1.106</p> <p>« Donc j'avais fait une visite à domicile et elle vit dans une maison de petit village avec escalier qui mène au premier étage. Elle avait déjà un monte escalier et elle avait besoin d'un passage très régulier dans la journée pour l'aider à aller aux toilettes. Là il y avait une mise en place avec la fille, qui était très aidante, de verticalisateur électrique, et puis des passages réguliers aussi d'aidants. Également mise en place de kiné pour essayer de maintenir cette dame à la maison, puisqu'elle voulait rentrer chez elle et pas aller en EHPAD. » 1.160 à 166</p> <p>« Donc on a pris madame depuis l'hôpital et on est allé explorer un peu sa façon de se déplacer chez elle avec un rollator deux roues. Puis à partir de là on a observé madame dans les déplacements dans la maison, et on a essayé de dégager tous les espaces et tout ce qui pouvait encombrer le passage. On a essayé de rendre accessible la cuisine et les WC. On a préconisé d'enlever par exemple dans la douche, qui soi-disant est adaptée mais qui présente une marge de 14 cm,</p>	<p>pathologies. En fait quand le comportement devient un peu agressif ou que c'est vraiment trop lourd pour l'aidant là le maintien à domicile il est questionné. » 1.170 à 176</p> <p>« ... Les maisons elles ne sont pas adaptées. Souvent c'est des maisons relativement vieilles et du coup il y a beaucoup de choses à faire dedans. Souvent c'est rare qu'elles soient toutes de plain-pied » 1.233 à 235</p> <p>« la dame qui avait un problème dans l'escalier, ses filles lui en parlaient énormément au point même de l'énerver pour être honnête. Or, au bout d'un moment quand elle n'a plus pu elle m'a dit « j'ai peur, j'ai peur de chuter, donc j'accepte de mettre en place le monte-escalier ». Donc c'est enfin arrivé, parce que pour ses filles c'était vraiment un soulagement. » 1.288 à 292</p> <p>« Je me souviens par exemple d'un monsieur que j'ai rencontré dans une maison de retraite où l'infirmière m'expliquait qu'il était venu en maison de retraite car une de ces portes ne lui permettait pas de passer entre la pièce de vie et sa</p>		<p>avantage de rester dans son lieu de vie. Après il faut aussi être honnête et dire que ça a ces limites aussi. » 1.249 à 255</p>
--	---	--	--	--

	<p>d'enlever la paroi vitrée pour un accès plus direct et pour faciliter la saisie de la barre d'appui. On a préconisé la pose de barres d'appui pour créer des appuis fixes. On a également préconisé de créer plus d'espaces dans la chambre pour le côté où elle se transfère sur lit, avec une amélioration de l'éclairage que ce soit dans la chambre ou ailleurs partout dans la maison avec un système de veilleuse qui s'éclairaient au mouvement. Mise en place de la chaise percée à côté du lit et puis enlever les tapis, mettre des garde-corps aux portes fenêtres pour éviter la chute et rajouter des barres d'appui pour passer les trois marches d'entrée. Ensuite aussi voir avec les filles donc comment organiser des visites à la maison régulièrement on fonction de comment madame évoluait. Et notamment aussi pour les premières nuits, voir comment ça se passait parce qu'ici madame a présenté quand même des états un petit peu confusionnels pendant la nuit. Donc voilà, tout ça pour soutenir ce projet de retour à domicile, qui est tout à fait normal au niveau de la demande d'une personne de retourner chez elle » 1175 à 191</p> <p>« Ca ne sera plus pertinent si franchement</p>	<p>chambre... Bref tout ça parce qu'il y avait une porte qui bloquait. C'est choquant je trouve en tant qu'ergothérapeute ce type d'histoire. Même si je n'ai pas connaissance du logement il y avait sûrement des solutions organisationnelles à trouver pour qu'il puisse rester à domicile. En plus, le monsieur il n'avait pas forcément envie d'aller en établissement » 1.422 à 428</p>		
--	--	---	--	--

	<p>la nuit il y a une désorientation temporo-spatiale, ce qui augmente énormément les chutes si elle est déambulante. Et puis ce qui rendra impossible le maintien à la maison, c'est si elle retombe et qu'elle se fracture (puisque là elle a une prothèse intermédiaire de hanche suite à une chute à domicile). Donc s'il y a une incapacité à se déplacer toute seule forcément ça risque d'être un peu plus compliqué. » 1.193 à 197</p> <p>« J - Mais vous préférez quand même peut-être prendre le patient avec vous pour faire les mises en situation sur le lieu de vie ?</p> <p>E – Oui c'est beaucoup plus parlant, mais des fois ce n'est pas possible.</p> <p>J - D'accord, mais alors par exemple ces patients justement qui ne peuvent pas venir est-ce que le maintien à domicile est justifié comme projet de vie ?</p> <p>E – Alors un maintien à domicile sera toujours justifiable. Maintenant est-ce qu'il est possible ?</p> <p>Ça c'est autre chose. Il est justifié dans le sens où la personne elle a le droit de vouloir revenir chez elle. Et puis même, il y a des fois où ça se fait malgré tout, mais bon après c'est aussi au risque de la personne » 1.270 à 278</p>			
--	---	--	--	--

	<p>« vu tout ce que j'ai dit sur les problématiques de maintien de la personne âgée à domicile » 1.310</p> <p>« On avait eu la problématique pour une personne qui voulait rentrer chez elle et mourir chez elle à Mérens. Ben non c'était impossible. Donc c'est vraiment le côté géographique qui rend compliqué l'accès aux soins » 1.375 à 377</p> <p>« En tout cas il n'y a pas pu y avoir de soins palliatifs à domicile. Donc il fallait voir avec les infirmières libérales si elles étaient en capacité de le faire » 1.381 à 382</p> <p>« La personne est dans son milieu de vie, qui lui apporte du sens, qui peut être pourvoyeur de risques supplémentaires, etc. » 1.520 à 521</p>			
<p><b>Être ergothérapeute auprès des personnes âgées</b></p>	<p>« faire de la prévention des chutes, et voir en collaboration avec ma collègue assistante sociale, quelles aides humaines on peut mettre en place pour permettre un maintien à domicile... Et puis une vie correcte à domicile ! Parce qu'il est tout à fait normal qu'une personne veuille rester chez elle et y mourir si c'est possible » 1.94 à 97</p> <p>« Là effectivement non on n'était pas dans la prévention. On était surtout dans l'organisation et dans la pérennité du maintien à</p>	<p>« ça me permettait de pouvoir échanger avec mon point de vue d'ergothérapeute avec des professionnels qui s'intéressent aussi aux personnes âgées et à leur maintien à domicile. Par exemple, les infirmières ASALEE elles font des bilans de fragilité qui sont pris en charge par la sécurité sociale, où elles évaluent en fait les capacités cognitives, les difficultés motrices et comment ça se passe dans la vie de tous les jours. Donc c'est important pour moi</p>	<p>« Là on va travailler plutôt sur du CO-OP avec les gens sur leurs thématiques » 1.238 à 239</p> <p>« Pas toujours mais s'il y a un aidant (un enfant, un proche, un époux, un voisin) moi j'aime bien qu'il soit là. » 1.244 à 245</p> <p>« Mais si un aidant est amené à intervenir régulièrement ou quotidiennement, là c'est intéressant. Déjà parce qu'il faut les entendre eux aussi, parce qu'il y a des risques d'épuisement</p>	<p>« Et bien tu laisses faire les autres (rire). C'est ça l'ergothérapie. Tu demandes aux autres de faire comme ça toi tu ne fais pas à leur place. Tu apprends aux autres à faire seul. » 1.156 à 157</p> <p>« C'est une excellente question. Je ne sais pas car je pense que ça dépend de comment tu appréhendes les choses. Est-ce que c'est plus difficile d'apprendre quelque chose aux personnes âgées... Je ne sais pas quoi répondre... » 1.159 à 161</p>

	<p>domicile par des aides humaines et techniques.</p> <p>Après pour un autre exemple d'intervention il y a ma dernière visite à domicile en date » 1.169 à 171</p> <p>« Par exemple la dernière personne dont j'ai parlé elle est un peu dans le refus, et puis elle ne réalise pas. Elle se met toute seule en danger à vouloir faire les choses et à aller vite. Ne serait-ce que d'aller vite... Donc c'est pour ça qu'en tant qu'ergothérapeute il faut arriver à évaluer ça et à essayer de mettre ... Par exemple là dans la maison j'ai trouvé un fauteuil avec des accoudoirs, qui est quand même beaucoup plus confortable que les chaises que madame utilisait pour la prise de repas. On l'a testé sur le moment et puis madame a bien vu que c'était bien confortable. D'ailleurs elle était bien installée, bien tranquille... Et elle le verbalisait d'ailleurs qu'elle était contente de cette chaise. Du coup comme il y en avait une seconde, j'ai suggéré de peut-être l'installer dans la cuisine voilà. Et après par rapport à une personne, justement comme cette dame, qui serait peut-être opposante à certaines préconisations. On a vu avec ses filles d'enlever les portes des WC et de la cuisine qui présentent un trop gros débattement,</p>	<p>d'avoir ce contact-là. » 1.116 à 121</p> <p>« Mais elles connaissent le réseau SOLIHA pour lequel je travaille, et donc elles orientent des patients vers eux et donc par incidence vers moi parce que le diagnostic du logement est pris en charge. Donc dans ce cas-là je n'étudie que le logement mais souvent je vois un peu large si les gens me posent des questions. » 1.123 à 126</p> <p>« Donc dans ce cas-là je n'étudie que le logement mais souvent je vois un peu large si les gens me posent des questions. Après en fait c'est de la méconnaissance du métier d'ergothérapeute je pense. » 1.125 à 127</p> <p>« En fait les infirmières Asalée elles ont une idée un peu de ce que peut être l'ergothérapie, mais quand elles rencontrent les gens elles n'ont pas forcément l'idée de penser à moi ou à un ergothérapeute en général. » 1.129 à 131</p> <p>« Je pense que c'est grâce à ces échanges-là et grâce au fait qu'on transmette ce qu'on fait que ça va permettre de développer l'activité » 1.135 à 136</p> <p>« Là en l'occurrence cette personne</p>	<p>et que quand la sphère cognitive est atteinte il y a des risques de troubles du comportement. Il faut quand même travailler avec l'aidant rapidement. Et s'il n'y a pas de problèmes cognitifs on sait que les conseils qui peuvent être mis en place avec l'aidé si l'aidant qui est là tous les jours ne veut pas le faire, ça ne se fera pas malheureusement. On ne peut pas proposer un guidon de transfert à l'aidé si l'aidant n'a pas envie de l'utiliser même si c'est la bonne aide.</p> <p>Donc en bref ça simplifie et puis c'est beaucoup plus rapide si on arrive à avoir la famille tout de suite ou l'aidant tout de suite. Ça permet en plus de rentrer encore plus dans le système qui est autour de la personne. » 1.250 à 259</p> <p>« Je dirais presque qu'elle a peu besoin de moi, si ce n'est pour de l'information sur ce qui existe pour ouvrir son champ des possibles » 1.269 à 270</p> <p>« Là il me reste une séance avec elle sur l'aménagement du logement » 1.271 à 272</p> <p>« Quand je repère des personnes un peu à risque ou des maladies évolutives (Parkinson ou toutes ces maladies-là) là je rappelle, parce qu'il va forcément y avoir des</p>	<p>« Personnellement je tiens compte de son passé. Je me demande ce qu'elle faisait avant. Après pour moi ce n'est pas une « adaptation ». Par exemple encore une fois tu prends l'agriculteur et le cadre en ville, tu vas t'adapter car tu vas tenir compte de leurs parcours. Et pour moi tu fais pareil avec une personne âgée » 1.167 à 170</p> <p>« Moi la question que je me pose c'est comment est-ce qu'elle est arrivée à cet instant T. Quel est son parcours de vie qui fait qu'elle est arrivée à cet endroit-là pour me rencontrer pour un problème X. C'est son parcours de vie qui fait qu'elle est arrivée là, donc il faut trouver le T-1 lors du temps T puis ensuite imaginer le T+1. » 1.178 à 181</p> <p>« Je ne pense pas qu'il y ait des choses pérennes. » 1.183</p> <p>« J -Donc si je reviens sur les personnes âgées, quand tu les reçois tu fais preuve de beaucoup d'écoute pour avoir une bonne prise en charge ? E – Oui et heureusement. Et même si la personne âgée est délirante je délire avec elle » 1.201 à 203</p> <p>« Je pense que ça impacte plus les soins de vouloir</p>
--	---	--	---	--

	<p>et donc qui limitent la circulation. Mais là dans ce cas précis on ne passe pas trop par l'accord de Madame et on va on va squeezer un petit peu ça » 1.221 à 234</p>	<p>financièrement c'était trop compliqué car elle a une très bonne retraite mais elle a un prêt qui lui prend une bonne partie de sa retraite. Donc financièrement il faut qu'elle se débrouille toute seule, d'où mon intervention. » 1.145 à 148</p> <p>« qu'au moment où la MSP s'est montée j'ai expliqué ce que c'était le métier d'ergothérapeute et j'ai essayé de présenter des exemples » 1.139 à 140</p> <p>« Je les écoute. Elles ont beaucoup de choses à nous apprendre et en les écoutant en fait on voit un peu plus comment elle fonctionne » 1.183 à 184</p> <p>« lors de ma visite les filles apprennent que madame remonte toute seule une fois qu'elle a pris son petit déjeuner pour aller faire sa toilette, puis elle redescend au séjour. Sauf qu'en fait c'était justement pour éviter qu'elle ait à remonter et à redescendre. Donc en fait cette dame ne s'est pas dit qu'elle pourrait faire sa toilette avant de descendre car ce n'était pas dans ses habitudes. C'est aussi à prendre en compte ses habitudes de vie qui en plus ne sont pas forcément connues. » 1.191 à 196</p>	<p>évolutions dans la prise en charge » 1.273 à 275</p> <p>« D'éviter les hospitalisations et d'éviter que les passages aux urgences aussi, parce que c'est compliqué aujourd'hui les passages aux urgences et les hospitalisations. Ce n'est pas quelque chose qui est recommandé quand même. Donc d'éviter ça et d'instiguer un peu une culture gériatrique aux professionnels de terrain, au médecin traitant, à travers notre compte-rendu et nos observations, à travers ce qu'on va pouvoir préconiser (on forme et on informe) on prévient une aggravation potentielle. Ensuite pour les aidants c'est vraiment pour qu'ils arrivent à aider leurs proches avec plus de satisfaction. Et pour les gens on cherche le maintien à domicile, l'autonomie et le maintien des habitudes de vie et des activités importantes. » 1.277 à 285</p>	<p> systématiquement lui dire « nous on a raison ». En fait dans leur délire il faut arriver à les hameçonner et à les ramener dans une demi-réalité. » 1.214 à 216</p> <p>« J – Donc nous en tant qu'ergothérapeute nous avons pour but d'aider la personne à garder son autonomie chez elle, c'est bien ça ?</p> <p>E – Oui. On essaye de voir comment ils peuvent continuer à vivre dans ces conditions là et comment ils peuvent continuer à rester dans leurs lieux de vie le plus longtemps possible. » 1.247 à 250</p>
--	--	--	--	---



		<p>« Après pour revenir sur l'adaptation de ma pratique il y a un truc que j'ai repéré c'est qu'assez facilement en ergothérapie on pourrait proposer des aides techniques pour compenser des choses que les personnes n'arrivent plus à faire. Alors qu'en fait ce sont des gens qui ne vont pas forcément tout utiliser. En vrai il faut proposer un truc ou une aide technique dont on est sûr de l'utilisation postérieure pour que ça fonctionne et que les personnes arrivent à le mettre en place. Parce que si on en propose trop c'est quasiment sûr que ça ne va pas fonctionner. Ça devient hors habitude sinon. En fait il faut vraiment que ça compense quelque chose qu'elle n'est plus capable de faire et qu'elle en a vraiment envie de refaire encore toute seule » 1.201 à 209</p> <p>« Après il y a l'aspect financier à prendre en compte. Ça c'est vrai que c'est quelque chose qui me questionne parce que les personnes âgées n'ont pas forcément beaucoup de finances avec leurs petites retraites et les séances d'ergothérapie en fait ne se sont pas accessibles » 1.213 à 216</p> <p>« Finalement mon métier d'ergothérapeute en libéral je le fais à</p>		
--	--	--	--	--

		<p>travers ces visites qui sont prises en charge par le département ou par des caisses de retraite, sinon ce serait à la personne de me payer. Et soyons honnête ils n'accepteraient pas. »</p> <p>1.219 à 222</p> <p>« Il y a aussi une faible connaissance des métiers comme le nôtre. Heureusement pour les personnes âgées c'est en partie compenser par les infirmières qui sont un très gros réseau au niveau du maillage territorial, ce qui est vraiment intéressant notamment car elles les rencontrent très régulièrement. C'est vraiment un suivi. »</p> <p>1.235 à 238</p> <p>« j'ai déjà été sollicité par la MSA (Mutualité Sociale Agricole), pour organiser des séances de cinéma avec des échanges après la séance sur le thème « aidant/aidé ». Là c'est les mutualités qui prennent en charge. La Mutualité française occitane me sollicite pour pouvoir présenter les aides techniques à travers des ateliers pour la prévention des chutes à domicile. C'est la Mutualité française occitane qui organise ça pour ses adhérents. Elle l'organise sur des territoires spécifiques, et donc là et c'est surtout dans le Couserans et la vallée de la Lèze. Les</p>		
--	--	---	--	--

		<p>caisses de retraite sont un bon maillon en zone rurale pour proposer des choses qui peuvent être notamment liées à, je ne dirais pas à des prises en charge, mais au moins à de la prévention peut être. Voilà la prévention c'est le bon terme. Elle peut être faite par un ergothérapeute. Du coup ce n'est pas sur du long terme car c'est souvent 3 ou 4 ateliers. Donc du coup ils ont un aperçu de ce qu'un ergothérapeute peut proposer. Mais le problème c'est que ce n'est pas forcément des gens qui vont solliciter après un ergothérapeute, parce que c'est des gens qui vont relativement bien. Ils préviennent en fait leur futur vieillissement ou quelques difficultés déjà qui apparaissent. Mais ça reste quand même des gens mobiles puisqu'ils se déplacent vers l'atelier, donc ils sont en capacité de conduire et ils ont cette capacité cognitive à s'organiser et tout ça »</p> <p>1.260 à 275</p> <p>« Par exemple avec SOLIHA il y a les deux. Il y a autant de la prévention primaire que de la prévention secondaire. Il y a des gens qui peuvent avoir quelques douleurs de genoux ou des petits trucs qu'ils font que de temps en temps ils sont un peu bloqués et qu'ils</p>		
--	--	---	--	--

		<p>se questionnent. Donc en fait ils vont de manière très intelligente se dire « bon peut-être plus tard je vais être gêné et donc je vais venir entamer tout de suite une recherche pour pouvoir éviter d'être gêné ». A l'inverse j'en rencontre d'autres qui au contraire ont attendu, attendu, attendu, et puis à un moment donné ça devient urgent. Donc dans ce cas on intervient et on propose le même style d'adaptation »</p> <p>1.279 à 286</p> <p>« en fait autant dans la prise en charge il y a du conseil mais il y a aussi beaucoup d'écoute et de soutien psychologique. Il faut trouver les bons mots aux bons moments. » 1.304 à 306</p>		
--	--	--	--	--

### Intervention ergothérapique

<b>Connaissance des EMG</b>	<p>« C'est l'ESA ? » 1.308</p> <p>« vu tout ce que j'ai dit sur les problématiques de maintien de la personne âgée à domicile, ce serait des équipes qui viennent sur place et qui évalueraient un petit peu les risques de chute, les capacités de la personne et tout ce qui est aidant autour de la personne (que ce soit l'environnement architectural ou humain) » 1.310 à 313</p> <p>«J- Est-ce que d'après vous il y a une EMG dans le coin ? E – Non. »</p>	<p>« Alors oui mais dans le sens où elles sont spécialisées dans une pathologie. Par exemple, les équipes mobiles expérimentales que j'ai présentées. Peut-être aussi le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) mais je ne suis pas sûre que ce soit pour de la gériatrie. Qu'est-ce qu'il y a d'autre...Non je ne sais pas. » 1.391 à 394</p> <p>« Alors je ne connais pas. » 1.397</p> <p>« Mais il n'y en a pas en Ariège » 1.432 à 433</p>	<p>« Je suis dans une équipe mobile de gériatrie » 1.25</p> <p>« on est vraiment une équipe extrahospitalière. C'est un peu atypique. Il n'y a pas beaucoup d'équipes comme ça. »</p> <p>1.65 à 67</p>	<p>« Et bien très peu figurez-vous » 1.337</p> <p>« On en a une sur le *****. Je les vois parfois se balader dans l'hôpital mais c'est tout. Après je pense que c'est quand même relativement médicalisé parce que chez nous c'est un médecin qui va voir des patients dans les services. Après je pense qu'elle est quand même connue cette équipe mais de ce que moi j'en ai retenue c'est que tu as des patients qui sont hospitalisés pour des problèmes divers (pneumo, cardio, etc.) et si en réalité il y a</p>
-----------------------------	---	---	--	--

				une problématique gériatrique plus globale, là on va appeler ce médecin de l'EMG » 1.359 à 364
<b>Avantages des EMG</b>	<p>« ce serait des équipes qui viennent sur place et qui évalueraient un petit peu les risques de chute, les capacités de la personne et tout ce qui est aidant autour de la personne (que ce soit l'environnement architectural ou humain). » 1.311 à 313</p> <p>« Bah les avantages ça permettrait peut-être à tout le monde d'y avoir accès ou en tout cas toutes les personnes qui en ont besoin d'y avoir accès » 1.353 à 354</p> <p>« Ben ça permettrait de démocratiser justement ce genre de prise en charge, et de l'adresser à toute la population on va dire ariégeoise. Du moins en tout cas celle dans le secteur. » 1.369 à 370</p> <p>« ce serait super si ça pouvait s'installer » 1.384</p>	<p>« Bah déjà qu'ils puissent avoir un avis d'ergothérapeute s'il y en a un dans la structure car ils n'auraient pas forcément cet avis à d'autres moments ou ils ne le solliciteraient pas » 1.417 à 418</p> <p>« Alors du coup de pouvoir prendre une décision avec un regard pluridisciplinaire. Pour moi c'est essentiel » 1.421 à 422</p> <p>« sinon pour les avantages pour les personnes c'est le fait qu'une personne ou plusieurs viennent à domicile avec un regard conjoint et une écoute commune les difficultés que la personne rencontre. Ce n'est pas la personne qui se déplace en fait pour voir 3 ou 4 professionnels différents. C'est vrai que pour ça c'est intéressant » 1.429 à 432</p> <p>« J- Du coup selon vous d'avoir des EMG en ruralité est ce que ça pourrait être intéressant ? E - Ah bah oui carrément parce que les personnes se déplacent moins. En plus les personnes âgées se déplacent moins de manière générale. Surtout qu'il y a moins</p>	<p>« on est sur la prévention des facteurs aggravants en plus du vieillissement. On est sur le repérage des situations un peu complexes à domicile et sur la préservation de l'autonomie. Alors le gériatre bon au départ axait surtout mes missions sur l'accompagnement dans l'aménagement des logements et des aides techniques, mais à force de découvrir et de militer on est vraiment maintenant sur une intervention occupation centrée. » 1. 29 à 33</p> <p>« avec les infirmières, on fait les sorties d'hospitalisation de SSR à 15 jours pour vérifier que tout se passe bien à la maison en sortie d'hospitalisation, et qu'ils n'ont pas d'autres problématiques parce qu'on sait que c'est des situations un peu fragiles. J'interviens aussi pas mal sur le thème des chutes avec les chuteurs à domicile. Donc c'est souvent un motif d'orientation pour repérer les facteurs de risque de chute et proposer des actions en lien. Ensuite on devient occupation centrée ; donc soit j'ai les aidants et les aidés sur des maladies neuro-</p>	<p>« L'avantage d'avoir l'EMG c'est que c'est toujours très précis » (sous-entendu ici le questionnaire) 1.380 à 381</p> <p>« le médecin de l'EMG il prend tout en compte » 1.382 à 383</p> <p>« je sais que l'équipe d'ici elle se déplace au domicile aussi. Ils ne vont pas que de services en services sur le ***** » 1.385 à 386</p> <p>« L'avantage majeur c'est la vision globale de la situation. Ça permet peut-être de débrouiller des situations sociales à risque, car il y a une vision médico-sociale de la personne et de son environnement. » 1.391 à 393</p> <p>« Le médecin du service souvent il ne veut pas mettre son nez dans le contexte social car c'est complexe, donc là il va faire appel à l'EMG » 1.402 à 403</p> <p>« c'est bien car c'est spécialisé sur la personne âgée, et que c'est du pluridisciplinaire surtout. C'est peut-être eux qui ont la vision la plus complète grâce au pluridisciplinaire » 1.426 à 428</p>

		<p>de transport en commun en ruralité, donc en fait c'est plus difficile pour elles d'aller se mobiliser et d'aller se rendre à différents lieux. Donc l'avantage c'est qu'on va chez elles et qu'on peut voir le lieu de vie. Donc on peut observer beaucoup plus de choses que quand on les rencontre en dehors. Après c'est bien aussi parfois de les rencontrer en dehors, mais c'est bien aussi d'aller les voir chez elles. Je pense que d'avoir ces deux possibilités de temps en temps et de les voir en dehors, pour le côté repérage par exemple, ça permet de montrer d'autres choses » 1.439 à 448</p>	<p>évolutives et je fais des COTID (Community Occupational Therapy In Dementia), soit les personnes n'ont pas de troubles cognitifs et là c'est plutôt des méthodes CO-OP » 1.36 à 44</p> <p>« On va se dire que 80% des personnes qui me sont orientées, sont orientées par le gériatre de l'équipe mobile, et 20% par les autres médecins, donc les autres gériatres de l'hôpital à l'issue des consultations gériatrique ou de l'hôpital de jour. Et puis parfois par des partenaires aussi » 1.49 à 51</p> <p>« L'hôpital prend en charge intégralement » 1.79</p> <p>« Les avantages c'est d'être au plus près d'une population qui a quand même des difficultés de mobilité, d'accès aux soins, etc. » 1.95 à 96</p> <p>« là j'ai une ASG avec moi qui est très bien formée sur les troubles du comportement donc on travaille à deux » 1.145 à 146</p> <p>« j'y vais toujours du coup en deuxième intention, donc je ne fais quasiment jamais d'évaluation globale d'une situation. C'est vraiment le travail du gériatre et de l'infirmière. Du coup</p>	<p>«en EMG il est vrai que tu peux aussi faire du préventif. Je me souviens que j'avais été contacté par l'EMG pour participer à une soirée à thème (le maintien à domicile avec les aménagements possibles par exemple). » 1.440 à 442</p>
--	--	--	--	---

			<p>quand je vais au domicile j'ai les évaluations qui sont déjà faites. Ce n'est pas moi qui passe les MMSE (Mini-Mental State Examination), les ADL (Activities of Daily Living) et les IADL (Instrumental Activities of Daily Living). J'ai déjà une photographie du sommeil, de l'humeur, du moral, des premières informations sur les déplacements et sur le logement. Voilà j'ai déjà tout ça et j'y vais parce qu'il y a un problème dans la prise des repas, dans la préparation des repas, dans l'utilisation du téléphone, dans les déplacements à l'intérieur, etc. Donc j'y vais pour aller vraiment m'occuper de l'occupation problématique qui est repérée » 1.159 à 168</p> <p>« Donc on est vraiment voilà une équipe mobile un peu atypique et finalement assez proche du réseau » 1.563 à 564</p> <p>« Je suis parfois appelée pour des informations sur la géolocalisation ou des choses comme ça » 1.227 à 228</p> <p>« Là il me reste une séance avec elle sur l'aménagement du logement » 1.271 à 272</p> <p>« Quand je repère des personnes un peu à risque ou des maladies</p>	
--	--	--	---	--

			<p>évolutives (Parkinson ou toutes ces maladies-là) là je rappelle, parce qu'il va forcément y avoir des évolutions dans la prise en charge » 1.273 à 275</p> <p>« l'équipe mobile est appelée par le médecin traitant. Elle fait une première évaluation gériatrique et l'hospitalisation n'est pas indiquée à ce moment-là parce qu'il a encore des bonnes ressources. Son épouse ne le souhaite pas. Il n'y a pas d'épuisement et tout se passe assez bien. Mais quand même le gériatre me dit qu'il faudrait aller voir le matériel et l'aménagement pour voir qu'est-ce qui peut limiter les chutes » 1.357 à 361</p> <p>« j'arrive là-dessus et typiquement je fais une MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) pour voir un peu quelles sont les activités qui posent le plus de problèmes » 1.367 à 369</p> <p>« Durant la première évaluation on cherche ensemble des relais, des stratégies, des informations sur tout ce qui peut exister pour l'aider un peu dans la préparation de ses repas. Ensuite on fait un bilan de chute pour voir les situations les plus à risque. Là on oriente un relais sur un professeur</p>	
--	--	--	--	--



			<p>d'activité physique qui va pouvoir venir à la maison en même temps que moi (enfin dans la même temporalité du moins), pour qu'il puisse bosser sur le syndrome post chute tout de suite. Parce que ce monsieur n'a pas de kiné.</p> <p>Maintenant je les accompagne dans l'essai du matériel et pour l'aménagement du logement. Par contre je fais ça tout de suite car elle n'a plus d'énergie. Elle n'y arrive pas donc c'est moi qui me mets en lien avec les revendeurs, qui vais chercher les aides techniques, qui vais les essayer avec elle, qui règle le déambulateur, etc. Je fais des tests pour avancer un peu le lit, déplacer le meuble, reculer le tapis, etc. En bref j'essaye d'autres choses. Je lui donne de l'informations pour qu'elle soit mieux armée sur qu'est-ce que c'est que les chutes, vers où on va, quelle est l'alerte principale » 1.374 à 386</p> <p>« l'évaluation qu'on fait elle se fait souvent en équipe » 1.396 à 397</p> <p>« on se déplace assez loin car on fait jusqu'à 40 min de route » 1451</p>	
<b>Inconvénients des EMG</b>	« donc c'est grosso modo les interventions je fais pour le SSIAD. Pile poil. Ici ça existe déjà même si ça ne se nomme pas comme ça » 1.330 à 331	« c'est bien aussi parfois de les rencontrer en dehors » (sous-entendu ici de leur domicile) 1.446	« ça reste très médical » 1.74 « D'autant plus que nous on est là une fois. Enfin on est là sur une période pour une problématique	« ils ont surtout une vision de gérontologue. Par exemple, ils vont regarder s'il n'y a pas des médicaments en trop car les personnes âgées sont souvent

	<p>« Et bien elle n'est pas connue et ça n'a pas de sens » 1.335</p> <p>« J – De souvenir il n''il n'y a pas d'ergothérapeute ni de psychomotriciens. Il y a surtout des infirmiers et des médecins.</p> <p>E – Bah ouais mais la technicité alors qui c'est qui l'amène ? On va leur demander la différence entre un lève-personne et un verticalisateur électrique ? Quelle est la différence entre les différents verticalisateurs électriques qui puissent exister ? Les différents fauteuils ? Les préventions d'escarres ? Le positionnement au lit ?... Est-ce qu'ils ont la technicité pour ça ? » 1.337 à 342</p> <p>« Sauf qu'il faut communiquer là-dessus parce que sinon vu la communication actuelle... » 1.354 à 355</p> <p>« Et puis voir comment c'est pris en charge tout ça. Puis voir si ça ne s'engorge pas trop vite, voir s'il y a un suivi, voir s'il y a suffisamment de personnel disponible pour faire fonctionner cette unité » 1.357 à 359</p> <p>« Parce que c'est pareil on est dans un secteur de montagne, donc il faut suivre les vallées pour arriver jusqu'au bout de la vallée jusqu'aux personnes. Par exemple pour les soins palliatifs à</p>	<p>« pour revenir sur les autres équipes il y a aussi les équipes mobiles de soins palliatifs ou de gestion de la douleur qui prennent aussi en charge les gens âgés. Et ensuite il y a aussi les DAC qui prennent en charge des personnes âgées » 1.411 à 413</p>	<p>donnée mais après moi je ne suis plus présente. Donc j'ai quand même besoin de savoir si ça va se pérenniser ou pas. » 1.259 à 262</p> <p>« Donc j'y vais, sauf que j'y vais 3 semaines après. C'est à peu près le délai que j'ai entre leur intervention et la mienne. Ce qui est quand même rapide mais parfois non. Là en l'occurrence le syndrome post-chute c'est quand même assez aggravé et l'aidante est épuisée et inquiète » 1.361 à 364</p> <p>« Je pense que là on aimerait ouvrir et développer un vrai volet d'éducation pour les professionnels du réseau, pour diffuser un peu plus la pratique gériatrique et les recommandations des bonnes pratiques. On va aller vers ça et c'est bien. Et peut-être à plus long terme de l'éducation thérapeutique » 1.560 à 563</p> <p>« Moi quand je rencontre les gens ils ont déjà un parcours de soins. On les voit tard. » 1.411 à 412</p> <p>« Après ici ils me connaissent. Dans le réseau ils commencent à connaître mon intervention. Donc c'est vrai parfois ils m'appellent plus tôt sur des gens plus autonomes, et là plus</p>	<p>surmédicamentées. » 1.387 à 388</p> <p>« en inconvenient, pour moi c'est comme ce que je te disais tout à l'heure, c'est que c'est un intervenant de plus. Finalement on rajoute autre chose, alors que dans les services on a déjà des assistantes sociales par exemple. Donc on va chercher quelqu'un qui a son équipe et qui va donner un avis plus global mais voilà. Il manque toujours cette notion de « on travaille tous ensemble ». Pour moi c'est encore un truc qu'on surajoute » 1.393 à 397</p> <p>« tout existe déjà sur le terrain et qu'il n'y a pas forcément besoin de l'EMG selon moi. Après ce n'est pas pour leur jeter la pierre parce que quand j'étais en UEG c'était globalement la même chose. On nous percevait mal car nous on avait une vision globale et on parlait de « situation » et pas de « pathologie ». Alors que normalement on doit raisonner en « situation » parce que si un événement est arrivé c'est bien parce qu'il y a eu des causes à effet » 1.403 à 408</p> <p>« Donc pour résumer les EMG c'est super car elles ont une vision globale, mais en même temps ça devrait être les</p>
--	--	--	--	--

	<p>domicile la Haute-Ariège n'est pas desservie parce que c'est trop loin » 1.370 à 373</p> <p>« c'est vraiment le côté géographique qui rend compliqué l'accès aux soins » 1.377</p>		<p>pour de la prévention, mais ces gens-là ils ne devraient pas être vus par moi. Je pense qu'ils devraient être vus vraiment à l'avance, pour justement pour plus de prévention. Et du coup que l'ergo sur l'équipe mobile se concentre sur les situations plus urgentes et peut être plus aiguë et complexe. Et aussi qu'elle puisse être là un peu plus longtemps. » 1.419 à 425</p> <p>« On a une infirmière en congé maternité. Donc clairement quand même en termes d'effectifs ça tient à un fil. C'est le genre de dispositif s'il n'y a pas de médecin ça peut tomber à l'eau. Si voilà s'il n'y a pas les professionnels, si on n'arrive pas à recruter les professionnels... Il y a quand même à l'hôpital un vrai problème de recrutement là. » 1.444 à 448</p> <p>« Après là ce que ce que disent mes collègues infirmiers sur le dispositif c'est le problème de ne pas avoir le temps de rappeler et de suivre les situations. Elles, elles sont beaucoup dans une évaluation, une photographie de la situation, des propositions et on arrête là. » 1.451 à 454</p> <p>« Qu'il faut des professionnels formés et bien formés tout de</p>	<p>médecins hospitaliers ou généralistes qui devraient avoir cette vision pour ne pas faire appel au EMG » 1.408 à 44</p> <p>« il faudrait qu'ils puissent créer plus de communication » 1.428</p> <p>« Donc le problème c'est que là tu ne pourras pas capter toute la population qui aurait besoin de cette soirée. Et puis en plus tu ne vas capter que les personnes qui sont les plus cortiquées car elles sont déjà dans la démarche de se poser des questions sur leurs situations. Or, pour moi le vrai préventif ce n'est pas forcément chez ces gens-là, parce qu'eux ils ont déjà le raisonnement. C'est chez ceux qui n'ont pas le raisonnement qu'il faudrait arriver à faire du préventif pour éviter d'arriver à la catastrophe. » 1. 442 à 447</p>
--	---	--	--	--

			<p>suite. Parce que ça peut capoter. Alors il n'y a pas d'histoire de jeune diplômé ou non, ou d'âge d'obtention du diplôme, mais plutôt de perspicacité et d'autonomie. Il faut des compétences qui ne sont pas forcément nécessaires dans un milieu hospitalier où on va être encadré particulier. Là quand on bosse on est seul. On est dans des situations où il faut très vite aller à l'essentiel. Il faut savoir communiquer parce qu'il y a des gens en colère, fatigués, déprimés, et l'idée ce n'est pas de leur nuire. Le rendez-vous en soi doit être déjà thérapeutique. Donc pour moi il faut quand même des compétences.</p> <p>Je pense qu'on ne pourrait pas mettre n'importe quel professionnel » 1.462 à 470</p>	
<p><b>Remarques diverses sur EMG</b></p>	<p>« Mais dit moi ça ne viendrait pas de l'UEG avec le docteur BB ? » 1.347 à 348</p> <p>« ce serait super si ça pouvait s'installer mais dans la mesure où il y a des ergos. Il ne faut pas se leurrer, il y a besoin de technicité. Et c'est nous qui l'avons. » 1.384 à 385</p> <p>« J- Donc pour vous dans les équipes mobiles de gériatrie quel serait l'avantage d'avoir un ergothérapeute ? E – Pouvoir évaluer les capacités et les</p>		<p>« Et oui et c'est là où on a une EMG atypique, mais qui pour tout tendrait à se développer parce que d'après ce qu'on croit entendre et ce que le gériatre nous rapporte l'ARS (Agence Régionale de Santé) aimerait développer davantage l'extrahospitalier sur les EMG. Mais oui c'est atypique. On ne voit pas les personnes à l'hôpital et les évaluations sont déjà faites par les hôpitaux de jour ou les consultations</p>	<p>« Nous à l'UEG c'est ce qu'on pouvait apporter grâce à notre vision globale. On n'est pas là que pour soigner du pathos. Après en ergo on est formaté comme ça pour voir le global donc tant mieux. Et même maintenant on est encore plus éloigné de la pathologie avec la notion occupationnelle. On a connaissance de la pathologie mais on la voit sous un autre angle, sans la mettre au centre de tout. Ce n'est pas prioritaire. C'est une des</p>

	<p>incapacités, les risques de chutes, etc. Que ce soit intrinsèque à la personne ou extrinsèque avec les facteurs environnementaux »</p> <p>1.386 à 389</p>		<p>gériatriques » 1.155 à 159</p> <p>« mais je pense que soit on est sur 2 ou 3 séances, soit on est sur 8 ou 10 séances. Soit il y a vraiment besoin d'être là dans le temps, soit 2 ou 3 séances suffisent pour que l'aidant soit lancé, et après c'est plutôt du coup de fil téléphonique. » 1.147 à 148</p> <p>« J - Après finalement de ce que j'entends, que ce soit vis-à-vis du gériatre de l'EMG ou d'autres gériatres des hôpitaux votre rôle est quand même bien connu du coup ?</p> <p>E – Oui, oui. Il faut continuer, c'est-à-dire que c'est vraiment un travail de longue haleine d'expliquer qu'on ne doit pas se résumer aux actions qu'on observe de nous qui sont très... souvent les gériatres nous cantonnent encore à certaines représentations, mais je crois que c'est surtout la liberté que j'ai de travailler qui fait que même si on m'oriente pour un sujet, je vais travailler comme j'en ai envie derrière. On ne m'impose pas des évaluations, ni un cadre, ni un nombre de séances, et donc du coup à force on arrive à faire comprendre autre chose. C'est petit à petit » 1.181 à 189</p>	<p>boules du chapelet. » 1.420 à 424</p> <p>« pour revenir sur les EMG, je pense sincèrement qu'ils règlent des situations mais il faudrait à un niveau plus haut changer les choses pour permettre de voir la personne dans sa globalité. Parce que là encore une fois malheureusement on fait appel au EMG en plus, ils font leur action, et après ils repartent. Il n'y a pas de continuité, ni de suivi dans les EMG et c'est dommage. Pour moi c'est au financeur de coordonner ce suivi car sinon on est trop centrée sur la patho. Après dans tous les cas c'est mieux d'avoir un ergo dans les EMG car on est formé à avoir cette vision holistique »</p> <p>1.467 à 473</p>
--	--	--	--	--

<p><b>Connaissance de la télé-ergothérapie</b></p>	<p>« Non, non. » 1.392</p> <p>« C'est comme des consultations de télé-médecine ou des trucs comme ça ? » 1.394</p>	<p>« Alors des séances en visio oui ça a pu se faire pendant le COVID. Après de la télé-ergothérapie comme de la télé-médecine où on va proposer des choses à travers un écran je n'ai jamais pratiqué. En vrai je ne sais pas si ça existe... » 1.454 à 456</p>	<p>« Non pas du tout » 1.494</p> <p>« - Alors je n'en ai jamais entendu parler réellement, mais là comme ça complètement au pif je dirais que c'est une téléconsultation d'ergothérapie. Ce n'est pas ça c'est ça (rire) ? Après tout la santé va vers ça. En fait j'en ai entendu parler par les étudiants et les écoles, notamment celle de Toulouse, mais pas avec ce nom-là. » 1.497 à 500</p>	<p>« Non pas du tout ! » 1.477</p> <p>« Je suppose que ce sont des vidéos de présentations de prises en charge en ergothérapie. Par exemple une vidéo de présentation type pour l'aménagement d'un logement... Franchement je ne connais pas. » 1.479 à 481</p>
<p><b>Avantages de la télé-ergothérapie</b></p>	<p>« forcément quand on est loin c'est pas mal » 1.396</p> <p>« J – Après la télé-ergothérapie peut aussi être réalisée en libéral, mais avec les coûts du libéral. E - Ben oui. Pour moi quand on sort de l'hôpital, on est sorti de l'hôpital et il n'y a pas de suivi. C'est pour ça que d'ailleurs quand moi j'avais demandé à intervenir au niveau du SSIAD de *****, la directrice à l'époque m'avait dit « je crois qu'on a quand même loupé quelque chose, on aurait dû faire du lien avec l'hôpital ». 1.443 à 447</p> <p>« Si la personne est en capacité cognitive d'utiliser l'ordinateur, parce qu'il y en a quand même beaucoup qui utilisent des ordinateurs, franchement pourquoi pas. Ensuite ça permet quand même déjà d'avoir</p>	<p>« L'idée si c'est de réduire les déplacements pour des familles isolées bon c'est vraiment intéressant. Surtout pour faire passer des bilans parfois ça prend du temps donc parfois il n'y a pas qu'un seul déplacement à faire. Surtout si c'est pour une personne âgée fatigable. » 1.472 à 474</p> <p>« Je pense que ça peut marcher pour certains soins. Pour faire un peu comme de la stimulation cognitive qui se développe énormément. Typiquement j'ai été sollicité par un ergothérapeute qui a lancé une entreprise qui développe une tablette numérique pour faire de la stimulation de la mémoire et des capacités cognitives. Le nom m'échappe mais je m'en souviens. Donc typiquement pour moi la télé-ergothérapie on</p>	<p>« Alors pour moi l'avantage est dans le suivi mais pas dans l'évaluation » 1.521</p> <p>« . Après dans le suivi ça peut être intéressant. Moi je l'ai déjà fait pendant la pandémie. Bon comme à l'époque il n'y avait pas vraiment de réglementation j'ai dû passer par mon WhatsApp personnel, car cette pandémie elle est arrivée très vite et il fallait garder le lien. Moi j'avais des patients avec qui j'avais commencé à travailler notamment sur des outils de compensation cognitive, et qui m'ont montré. On a beaucoup bossé avec les photos et les visios parce qu'ils avaient besoin de me montrer ce qu'ils faisaient. Puis on mettait en place des stratégies et ils me montraient ce qu'ils avaient fait comme aménagement. Donc on a suivi pas mal de</p>	<p>« je pense que le fait de ne pas se déplacer ça peut déjà apporter une idée. Je pense que c'est quelque chose qui pourrait se développer, notamment pour éviter des déplacements. En plus si tu connais tes patients et leurs milieux de vie, tu peux réajuster des choses à distance en fonction de leur évolution sans que tout le monde ne se déplace. Effectivement là pour un suivi c'est bien je pense, mais au regard de ce que tu m'as dit concernant les bilans, je pense que la télé-ergothérapie ne peut pas se faire dès le départ quand on ne connaît encore rien du patient. » 1.505 à 511</p> <p>« j'imagine que c'est très intéressant pour des modifications ou pour valider les choix que tu as fait antérieurement avec ton patient. On peut vérifier que les choses soient bien mises</p>

	<p>un lien avec quelqu'un. » 1.457 à 459</p> <p>« ça stimule toujours les fonctions cognitives et puis ça permet d'échanger sur des difficultés qui peuvent apparaître et évidemment de pouvoir dédramatiser peut-être certaines situations. Moi je dirais que c'est pas mal » 1.460 à 462</p>	<p>pourrait faire des choses comme ça, sauf que du coup ce serait une personne qui leur parlerait. Ils ne seraient pas tout seul devant une tablette. » 1.486 à 491</p> <p>« voilà l'idée c'est quand même de faire développer l'ergothérapie donc ça peut être un moyen. » 1.496 à 497</p>	<p>familles comme ça » 1.535 à 542</p> <p>« J'ai eu notamment le cas de deux personnes âgées assez jeunes avec qui j'ai continué les séances en visio. Les familles elles elles passaient surtout en visio davantage les photos. On a pas mal marché avec les photos et les téléphones mais certaines, notamment deux, en visio. Donc pour se voir un peu pour le suivi je pense que c'est pas mal. Par contre là ça peut faire gagner du temps. » 1.545 à 549</p>	<p>en application, et que ce que tu avais pensé avec ton patient c'est adéquat. Donc pour un suivi je pense que c'est vraiment intéressant. Pour des demandes spécifiques quand tu connais ton patient (par exemple le patient pense à un truc et ce dit maintenant que je peux faire X est-ce que je peux faire Y ?), là les visios peuvent avoir tout à fait leur place. En plus c'est mieux les visios pour éviter des déplacements, conséquents parfois, alors que la prise en charge va durer quelques minutes parfois. Donc oui je pense que ça peut avoir un intérêt mais je ne peux pas t'en dire plus car je n'ai aucune vision là-dessus" 1.520 à 528</p>
<p><b>Inconvénients de la télé-ergothérapie</b></p>	<p>« toutes les personnes âgées n'ont pas un accès facile à internet » 1.397</p> <p>« internet ça a des limites... A part si les enfants sont là et aidants... » 1.401</p> <p>« alors c'est super sympa mais pour les gens qui auraient été en structure et qui seraient retournés après à domicile comment c'est payé ? Parce que ça veut dire que c'est du temps ergo pour quelqu'un qui n'est plus hospitalisé. Ça risque de pas marcher hein l'histoire. Parce que là si je regarde il y a 15 jours en arrière où j'avais</p>	<p>« Alors typiquement avec SOLIHA en fait c'est la famille souvent qui appelle SOLIHA parce qu'au niveau des papiers administratifs les personnes âgées ont quand même besoin d'aide. Aujourd'hui d'autant plus avec la digitalisation et les démarches via internet ce n'est pas évident. » 1.311 à 314</p> <p>« Donc il faut connaître déjà la personne en amont pour pouvoir faire ça ? » 1.469</p> <p>« perso je vois ça comme un inconvénient de ne pas pouvoir</p>	<p>« Alors pour moi l'avantage est dans le suivi mais pas dans l'évaluation. Parce que par téléphone quand on prend les premiers rendez-vous on se dit déjà beaucoup de choses, donc c'est déjà un dégrossissement. Je ne pense pas que ce soit nécessaire d'avoir une visio pour ça. Donc le téléphone ça paraît pas mal. Ensuite après en première évaluation, enfin moi je trouve hyper important de voir et d'être au contact physique des gens. En plus, si on n'est pas dans quelque chose de standardisé lors du</p>	<p>« au regard de ce que tu m'as dit concernant les bilans, je pense que la télé-ergothérapie ne peut pas se faire dès le départ quand on ne connaît encore rien du patient. » 1.509 à 511</p> <p>« si tu as un dément en face ce n'est pas la peine. Il faut que la personne soit relativement cortiquée. Tu ne peux pas le faire avec tout le monde. S'en parler de bilans de départ, mais si c'est une première prise en charge, un premier contact, la visio ce n'est pas ce qui me semble le plus approprié. C'est</p>

	<p>25 prises en charge, s'il me fallait en plus avoir un peu de télé-ergothérapie pour voir si les aides techniques sont mises en place ce n'est juste pas réalisable. Pour moi dans ce contexte ce n'est pas réalisable » 1.437 à 442</p> <p>« Bon ça reste assez dématérialisé, ce n'est pas quand même du lien direct » 1459 à 460</p> <p>« Bon moi j'ai pas du tout de recul là-dessus, mais il faudrait que la personne soit en capacité d'utiliser l'ordinateur » 1464 à 465</p> <p>« Après il y a quand même des limites car pour moi il faut qu'il y ait du présentiel aussi c'est évident. Comment faire passer un test de Tinetti ou de Berg comme ça ? Ce n'est pas possible, et puis en plus ces tests mettent un petit peu la personne en difficulté au niveau de l'équilibre, alors si déjà elle est fragile on ne va pas la regarder tomber sans rien faire. Donc non il faut du présentiel. Il faut voilà mettre la personne en situation et puis c'est là où on va peut-être s'apercevoir que là il y a un meuble qui gêne, qu'il y a un éclairage qui n'est pas suffisant, que Madame n'allume pas la nuit pour aller au WC parce qu'elle ne veut pas réveiller son mari. Bref des petites</p>	<p>réaliser les bilans en télé-ergothérapie. Après c'est quand même particulier pour la personne âgée d'utiliser le numérique et de s'exprimer à travers un écran avec une autre personne. D'ailleurs c'est particulier même pas forcément que pour les personnes âgées. » 1.474 à 478</p> <p>« par contre pour du conseil à domicile faut sacrément bien s'exprimer ou que la personne elle arrive à se débrouiller avec la tablette pour montrer les agencement des pièces de son domicile. » 1.492 à 494</p>	<p>premier bilan, donc de la première MCRO, on va pouvoir tout de suite aller vers des mises en situation et tout de suite réguler/paramétrer/ essayer des choses que la visio ne va pas forcément permettre à mon avis. Donc je ne suis pas sûre que ça fasse gagner du temps sur les premières rencontres. Je pense que prendre le temps à la maison où on fait souvent plusieurs séances en une et adapter vraiment son intervention à la première activité principale ça ça fait gagner du temps. Parce que si on utilise la visio on ne va pas pouvoir faire de Tinetti, on ne va pas pouvoir voir si la personne comprend bien les ordres, on ne va pas avoir une idée de ce que sont ces déplacements dans tout logement (ils ne vont pas se balader avec leur ordinateur ou leur tablette). Pour moi le côté de l'identification il n'est pas jouable car il y a besoin quand même de ça dans les premières évaluations » 1521 à 535</p> <p>« très franchement le gros frein là que j'aurais moi c'est l'absence d'outil informatique chez les gens. » 1.551 à 552</p> <p>« Par exemple la tablette installée chez la personne âgée avec Skype on n'y est pas</p>	<p>bien de voir les gens in-situ. Parce que déjà que c'est compliqué en les voyant en vrai car souvent tu n'as pas le temps de faire le tour de la question. Alors en visio tu es encore plus restreint parce que tu passes par le filtre de la visio. » 1.514 à 519</p>
--	--	---	---	--



	<p>choses comme ça qui sont des petits facteurs ou des grands facteurs de prise de risque dans les chutes et qu'on ne peut pas voir dans ces situations de télé-ergothérapie » 1.467 à 476</p> <p>« c'est bien d'établir des questions mais il n'empêche que quand on est sur place c'est là que ça parle. Donc les questions risquent de passer à côté des petites choses qu'on ne peut voir que sur place. Et puis poser des questions, des questions, et des questions pfou ! A un moment on en a tellement marre, il tarde que ça s'arrête et on n'est plus du tout pertinent. Donc autant faire du vécu sur place ça parle davantage » 1. 481 à 485</p> <p>« Moi je suis obligé de passer par l'écrit, parce que c'est comme ça que je fonctionne, donc rien que l'écran ça ne me suffit pas. Puis ce n'est pas humain. Ce n'est pas un rapport humain. Comment établir une relation de confiance et l'envie de fonctionner ensemble s'il n'y a pas déjà ce premier contact. C'est trop dématérialisé. On est de l'humain et on n'est pas des jeux vidéo » 1.507 à 510</p>		<p>encore. J'avoue que ce n'est pas une pratique qu'on a beaucoup pensée parce qu'elle est trop marginale pour l'instant. Ce n'est pas encore assez utilisé. » 1.553 à 556</p>	
<p><b>Remarques diverses sur la télé-ergothérapie</b></p>	<p>« Après comment ça serait rémunéré ça au niveau de la télé-ergothérapie ? » 1.402</p>	<p>« Est-ce que ça permet un accès à de l'ergothérapie ? Honnêtement je ne suis pas forcément certaine</p>	<p>« Finalement en vous écoutant je me rends compte que j'en avais déjà entendu parler. Mais par contre je ne sais pas</p>	<p>« Par contre je ne comprends pas pourquoi il y a une interdiction de faire des bilans. Pour moi quand tu fais une</p>

	<p>« il faut faire attention aussi à ne pas mettre des tarifs trop bas car il ne faut pas brader l'ergothérapie. Normalement une heure c'est 50 ou 55 euros. Ça reste quand même une profession et ce n'est pas juste pour faire plaisir aux gens. Il y a eu des études et puis y a l'expérience de l'ergo. Personnellement au bout de trente-trois ans d'expérience c'est sûr que j'ai un peu des bagages derrière moi, donc je peux être pertinente et ne pas prendre quelqu'un une heure pour lui dire quelque chose que je peux lui dire en une demi-heure. » 1.421 à 417</p> <p>« Après à quel rythme ? Est-ce qu'il y a des évaluations quand même qui sont réalisables par télé-ergothérapie ? » 1.462 à 464</p> <p>« Si ce n'est pas la même personne qui évalue et qui fait le suivi ce n'est pas pareil. Le fait d'aller évaluer quelqu'un sur place permet, moi en tout cas me permet, de me construire une idée de comment fonctionne la personne, et ça, ça n'a pas de prix. Bien sûr que si un autre ergo fait une évaluation c'est bien car on a plein d'éléments, mais ça ne me permettra pas à moi de me construire une image de ce que peut faire la personne ou pas. Ça ne</p>	<p>parce que du coup si les bilans ne se font pas par ce dispositif. Il faut forcément que la personne ait déjà connaissance de l'ergothérapie pour pouvoir en bénéficier de cette télé-ergothérapie. Bon par contre peut-être qu'elle suivrait davantage les séances avec ça que si elle devait faire de la route tout le temps. » 1.479 à 483</p>	<p>qui les met en place et comment. En fait est-ce que c'est de la propre initiative des ergos ? Est-ce qu'il y a des logiciels pour ça ? Est-ce que si on fait ça on est référencé sur une base de données accessible à tout le monde ? Tout ça ce n'est pas venu jusqu'à nous en fait. » 1.514 à 518</p>	<p>visio en fait c'est déjà un bilan. Tu vois par exemple dans quel milieu vit la personne. » 1.494 à 496</p> <p>« je suppose que c'est plus les ergos en libéral qui vont faire ça, et comme je suis un pur produit hospitalier je n'arrive pas à me projeter » 1.503 à 505</p>
--	---	---	--	--

	<p>me permet pas quelque part d'avoir le feeling, la relation thérapeutique. Bien que dans ce cas-là on ne pose pas de prise en charge thérapeutique, il y a quand même une thérapie ; quelque chose qui se crée dans la tête de l'ergothérapeute pour comprendre les difficultés de la personne. » 1. 489 à 496</p> <p>« C'est comme les prises en charge à plusieurs thérapeutes dans le même service qui se partagent les patients, pour un suivi ce n'est pas top. J – Donc pour vous en télé-ergothérapie comme on ne peut pas faire les bilans initiaux, ni les renouvellements de bilans, il faudrait d'abord au moins se voir une première fois pour ensuite pouvoir faire un suivi ?</p> <p>E – Ah oui carrément. Moi je ne travaillerai pas rien que devant l'écran. Déjà ça ne me parle pas. Moi je suis obligé de passer par l'écrit, parce que c'est comme ça que je fonctionne, donc rien que l'écran ça ne me suffit pas. » 1.501 à 508</p> <p>« On fait un premier bilan ergo, un bilan de suivi, un bilan de sortie. Puis ça c'est transmis à l'ergo en libéral. Ensuite lui-même reprendra ça et refera une évaluation pour lui afin d'avoir l'idée de comment est la personne. Tout en s'appuyant aussi sur le</p>			
--	---	--	--	--

	<p>vécu de la personne et tous les progrès lors de l'hospitalisation. Mais ensuite on tourne la page en passant au retour à la maison, donc ça n'a plus rien à voir. Le retour à la maison ça n'a rien à voir avec une hospitalisation. La personne est dans son milieu de vie, qui lui apporte du sens, qui peut être pourvoyeur de risques supplémentaires, etc. Donc pour moi il faut que l'ergo en libéral, si c'est un ergo en libéral qui prend le relais, puisse évaluer tout ça à son tour » 1.515 à 522</p>			
<p><b>Ouverture : Autres interventions à développer</b></p>	<p>« Ici il y a très peu d'ergos en libéral ou alors y en a mais beaucoup qui ne s'intéressent qu'aux enfants et pas aux personnes âgées » 1.114 à 116</p> <p>« je m'y étais attelé avec ma collègue libérale de Mercus, Mme L, mais le projet qu'on avait essayé de monter ensemble n'a pas abouti. On avait été voir des personnes sur le conseil général, mais ils ne nous ont pas suivis. Ils nous renvoyaient en permanence vers la même personne qui elle collecte les fonds (c'est une infirmière libérale et qui chapeaute tout le secteur de Tarascon). Donc ça ne laissait pas beaucoup de portes d'entrée, donc on a laissé tomber voilà » 1.117 à 122</p>	<p>« Je me suis installée en maison de santé pour pouvoir travailler avec cette connexion d'équipe. Ça c'était essentiel pour moi » 1.96 à 98</p> <p>« Bon je le positionne un peu partout mais il y a SOLIHA. Il y a aussi les CLIC. D'ailleurs ils font facilement intervenir des psychologues, donc je pense qu'il existe sur le réseau national des liens entre les CLIC et les ergothérapeutes. Après il y a les ESA pour l'accompagnement d'Alzheimer. Après à l'ESA de Lavelanet ils sont plus ouverts car il m'avait déjà contacté pour une personne parkinsonienne. Après je suppose que ça dépend des zones rurales mais en tout cas en Ariège il n'y a pas</p>	<p>« Et oui et c'est là où on a une EMG atypique, mais qui pour tout tendrait à se développer parce que d'après ce qu'on croit entendre et ce que le gériatre nous rapporte l'ARS (Agence Régionale de Santé) aimerait développer davantage l'extrahospitalier sur les EMG. Mais oui c'est atypique. On ne voit pas les personnes à l'hôpital et les évaluations sont déjà faites par les hôpitaux de jour ou les consultations gériatriques » 1.155 à 159</p> <p>« Et oui mais j'ai déjà rencontré des ergos qui font que des évaluations du coup, qui en plus sont un peu standardisées et donc qui ne sont pas toujours occupation centrée. Personnellement je trouve qu'ils y perdent</p>	<p>« Alors non car pour moi c'est eux qui doivent se réadapter surtout. En tant qu'ergo tu lui proposes des choses selon ses besoins... Donc oui dans un certain sens on s'adapte nous à ce qu'il nous dit mais pour moi c'est plutôt lui qui s'adapte constamment selon son parcours de vie. Pour moi « adaptation » ça signifie que volontairement tu vas faire autre chose. Pour moi par rapport à ce que te décrit la personne tu vas analyser la situation et tu vas lui proposer quelque chose qui semble être le plus adapté pour lui. Moi souvent ce que je dis à mes patients c'est que c'est eux qui savent mieux que moi. Donc c'est à eux de me dire ce qu'ils veulent et moi</p>

	<p>« Ben de faire comme un CICAT (Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques). Un endroit où les personnes en perte de capacité pouvaient venir tester les aides techniques, voir si ça correspondait à leurs besoins et quitte à les essayer à la maison. On avait aussi lancé l'idée éventuellement d'avoir comme un minibus pour faire des tours un petit peu partout pour présenter ça et faire tester aux gens. Mais ça demandait des fonds et ça n'a pas été suivi » 1.125 à 130</p> <p>« quand on a vu tous les moyens que ça demandait, on a on a laissé tomber. L'idée serait pas mal mais ça serait d'avoir un local dans Tarascon, par exemple, pour centraliser. Et donc les gens pourraient venir tester... mais non ça n'a pas été suivi. » 1.132 à 134</p> <p>« J- Qu'est-ce que c'est les « 1000 pattes » ? E - C'est un groupe de gens qui ont décidé de marcher suite à des problèmes de santé, comme des insuffisances cardiaques, de la reprise d'activité, etc. Et donc il y a des circuits de balades qui ont été étudiés avec des niveaux différents et qui permettent comme ça de maintenir les capacités.</p>	<p>beaucoup d'ergos en fait dans des structures à domicile. » 1.247 à 252</p> <p>« Mme. DM qui est ergothérapeute à ** elle intervient sur le SSIAD de *****, et c'est le seul SSIAD ici qui embauche une ergothérapeute. » 1.254 à 256</p> <p>« ils ont poursuivi son embauche car ils se sont aperçus qu'elle apportait une plus-value dans le quotidien. Et cette plus-value elle est autant pour les personnes âgées que pour les aidants » 1.28 à 260</p> <p>« j'ai déjà été sollicité par la MSA (Mutualité Sociale Agricole), pour organiser des séances de cinéma avec des échanges après la séance sur le thème « aidant/aidé ». Là c'est les mutualités qui prennent en charge. La Mutualité française occitane me sollicite pour pouvoir présenter les aides techniques à travers des ateliers pour la prévention des chutes à domicile. C'est la Mutualité française occitane qui organise ça pour ses adhérents. Elle l'organise sur des territoires spécifiques, et donc là et c'est surtout dans le Couserans et la vallée de la Lèze. Les caisses de retraite sont un bon maillon en zone rurale pour proposer des</p>	<p>un peu le sens quand même. » 1.177 à 179</p> <p>« Alors déjà j'ai quasiment fait que de la gériatrie. Ceci étant c'est la même démarche d'intervention pour tous. Si on reprend votre outil de l'OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model) on est là-dessus peu importe la maladie. Donc moi je me suis clairement raccrochée à la méthode et après c'est des connaissances de pathologie qui vont permettre d'avancer. » 1.290 à 294</p> <p>« Ici il n'y a que moi quasiment. Il y a aucun libéral. On est 5 libéraux dans le département. Donc la pratique libérale elle est marginale. En plus toutes les autres elles sont à Tarbes » 1.312 à 313</p> <p>« Alors le DAC va commencer à financer des prestations de libéraux pour les personnes âgées. Elles appellent le DAC parfois. Sinon l'HAD peut appeler mes collègues libérales sur des situations ici sur le Val d'Adour parce qu'ils ont des enveloppes pour ça. La Prime Adapt ça ne marche pas très bien parce qu'il y a des ergos qui trouvaient dommage d'être centrées sur l'aide technique et l'aménagement du logement, et d'autres qui</p>	<p>j'essaie de leur trouver quelque chose qui corresponde. Donc pour moi ce n'est pas une adaptation car tu fais en fonction de ce qu'eux te disent. Le terme « adaptation » ne me plait pas car ça voudrait dire que moi je fais l'effort de m'adapter à eux. Par contre moi j'ai besoin de comprendre leur vie pour pouvoir leur proposer des bonnes choses. Donc à la place d'adaptation je dirai plutôt que je dois faire preuve de « compréhension ». » 1.185 à 196</p> <p>« Il y a les ergothérapeutes libéraux. Il y a aussi les intervenants extérieurs, comme les CLIC, qui peuvent réorienter vers une prise en charge ergothérapique. Il y a aussi les médecins, les infirmiers, les kinés qui peuvent proposer une prise en charge ergo. Il y a aussi toutes les associations de soins à domicile. Il y a le DAC et tout le réseau de soins palliatifs. » 1.258 à 261</p> <p>« Est-ce que ça vaut le coup d'être indépendant et que ça soit des organismes extérieurs qui t'appelle, ou est-ce qu'il faut faire partie d'un organisme ? Ecoute pour avoir pratiqué les deux, en France par rapport à mon expérience avec l'UEG je pense que la difficulté</p>
--	---	--	--	---

	<p>Alors je sais qu'il y en a plein dans Arignac avec des niveaux de difficultés différents par exemple. Donc quand on se balade autour d'Arignac on tombe sur des parcours fléchés qui sont censés stimuler les gens à la reprise de la marche » 1.139 à 145</p> <p>« J – Qu'est-ce qui faudrait comme offre de prises en charge par exemple en ruralité ? E - Développer un petit peu plus les SSIAD et peut-être tous les aidants à domicile » 1.246 à 247</p> <p>« Ah ben que l'ergothérapie soit prise en charge par la sécu. Première chose. Parce que déjà ça serait plus simple pour des ergos de s'installer et non pas de vivoter comme ils peuvent quand ils sont en libéral. Sachant qu'en Ariège on est dans une population vieillissante et que c'est quasiment le département le plus vieux de France. Donc voilà de l'ergo libéral je pense que c'est intéressant. Notamment parce que ça désengorgerait peut-être aussi les hôpitaux de toutes les complications des chutes. Voilà mais on ne peut pas mettre une ergo derrière chaque personne en libéral, et surtout pas derrière chaque personne vivant dans l'Ariège au fin fond de la campagne. Bon et puis l'ergo libérale elle fonctionne mieux en</p>	<p>choses qui peuvent être notamment liées à, je ne dirais pas à des prises en charge, mais au moins à de la prévention peut être. Voilà la prévention c'est le bon terme. Elle peut être faite par un ergothérapeute. Du coup ce n'est pas sur du long terme car c'est souvent 3 ou 4 ateliers. Donc du coup ils ont un aperçu de ce qu'un ergothérapeute peut proposer. Mais le problème c'est que ce n'est pas forcément des gens qui vont solliciter après un ergothérapeute, parce que c'est des gens qui vont relativement bien. Ils préviennent en fait leur futur vieillissement ou quelques difficultés déjà qui apparaissent. Mais ça reste quand même des gens mobiles puisqu'ils se déplacent vers l'atelier, donc ils sont en capacité de conduire et ils ont cette capacité cognitive à s'organiser et tout ça » 1.260 à 275</p> <p>« Bah je pense qu'il y a des choses qui existent déjà qui sont intéressantes. Par exemple les CLIC car il y a un maillage territorial qui est sectorisée et du coup ils connaissent les gens du secteur sur lequel ils sont. Ils les voient quand même assez régulièrement et ils s'occupent justement de la mise en place des</p>	<p>financièrement ne font pas forcément le déplacement » 1.314 à 319</p> <p>« Après il y a des ergos qui bossent aussi chez des revendeurs, mais là on n'est pas sur de l'ergothérapie tel qu'on nous l'enseigne. On est dans des cadres d'exercice très limitants et qui se focalise sur certains moyens d'action. Les revendeurs c'est de l'essai de matériel mais elles ne vont pas faire le reste » 1.327 à 330</p> <p>« Je commence toujours par une MCRO pour bien cibler le problème parce que ce qui est repéré par les gériatres n'est pas toujours le problème prioritaire des aidants, et que c'est quand même vers ça qu'il va falloir aller. Parce que si elle ne tient pas, lui il ne tiendra pas. » 1.387 à 390</p> <p>« Pour favoriser l'accès à l'ergothérapie il faudrait rembourser nos prestations en libéral. Je pense que ça nous permettrait de voir des personnes plus tôt, parce qu'à l'hôpital ils arrivent tard sur les filières hospitalières. Moi quand je rencontre les gens ils ont déjà un parcours de soins. On les voit tard. Donc dans leurs parcours de soins, les premiers intervenants c'est les libéraux ; enfin les médecins, les</p>	<p>c'est qu'on veut faire. Quand tu fais partie d'un organisme, par exemple un CLIC, tu ne peux pas ne pas faire. Si on te demande d'intervenir, même si par rapport à la situation tu ne peux pas proposer grand-chose, je pense que c'est difficile d'avouer qu'on est limité. Alors que quelqu'un d'indépendant a peut-être plus de facilité. L'inconvénient d'une structure c'est que quand elle va dans une situation, elle s'engage. En plus quand il y a un dysfonctionnement ce n'est pas une chose qui coince mais plein de petits points qui sont négligeables mais qui amène quand même à des dysfonctionnements. Moi mon grand regret en France ça a été ça : tu as une obligation de faire. Et en plus il n'y a pas de communication entre les différents métiers qui vont intervenir. » 1.264 à 275</p> <p>« Mais si tu veux la personne n'est pas maître de ce qu'elle fait et de son devenir. Moi c'est ce qui m'a beaucoup perturbé. En Suisse ça ne fonctionne pas comme ça et ça m'a fait me demander si en France nous n'avions pas pris le problème par le mauvais bout. C'est-à-dire qu'on prend la personne et sa problématique au centre</p>
--	--	--	---	--

	<p>milieu urbain parce que les gens l'ont à proximité. Donc pour amener les enfants, parce que ça concernera essentiellement les enfants, les gens font l'effort. Mais ils ne font pas l'effort pour eux-mêmes ou pas pour les personnes âgées... Ça fonctionne mieux en ville, c'est sûr qu'en milieu rural. » 1.282 à 292</p> <p>« Bah quand ils ont besoin de kiné, le kiné vient à domicile. Donc il faut qu'il y ait des prestations qui soient équivalentes aux kinés et aux ergo en libéral. L'ambulance est remboursée dans certaines pathologies, comme les AVC. Donc il faudrait qu'on ait le même accès aux facilités de prises en charge de soins en libéral que ceux qu'on les kinés » 1.296 à 299</p> <p>« Ou alors il faut que je puisse la suivre en libéral par la suite comme je la connais, mais là ça pose plein de problèmes déontologiques. Ce n'est pas légal même si effectivement ça pourrait avoir un avantage pour les patients » 1.449 à 452</p>	<p>aides humaines et de l'orientation dans un établissement si besoin. En effet, parfois c'est trop compliqué et il les accompagnent aussi dans ce choix-là. Du coup, ça pourrait être intéressant en fait qu'ils puissent avoir un avis d'ergo. D'ailleurs tout à l'heure j'ai parlé de CLIC mais en fait je voulais parler des CICAT car je pense que ça peut être intéressant. Après il y a aussi les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie) qui sont maintenant devenues les DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination). Par exemple ACCORDS 09 (devenu DAC 09) pour les soins palliatifs, les soins des SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique) et de toutes ces maladies dégénératives il y a ça en Ariège mais il n'y a pas d'ergo. Alors que je sais qu'ils ont parfois des besoins. Donc bah typiquement là il pourrait y avoir des liens sur des structures comme ça avec des ergos. Par exemple, les anciennes MAIA ici sur le secteur de Tarascon, elles sont liées aux CLIC. Ils sont dans les mêmes locaux et ils s'occupent conjointement de personnes qu'ils</p>	<p>infirmiers, les kinés » 1.409 à 413</p> <p>« ici on a les dispositifs des CLIC qui sont hyper intéressants, et à l'époque il y a eu un temps une ergothérapeute sur le CLIC. C'était vraiment bien. Après le dispositif a arrêté d'être financé par l'ARS, mais pourtant ça a donné vachement d'accès le CLIC » 1.414 à 417</p> <p>« rembourser l'ergothérapie libérale ça aiderait l'accès aux soins en milieu rural. Je pense qu'en faisant ça il y en a qui s'installeraient en libéral dans les milieux ruraux. C'est un véritable problème pour moi. Après il y a aussi des relais de la mobilité, même si ça c'est l'accès aux soins de manière générale, mais franchement les hôpitaux de jour se développent de plus en plus » 1.428 à 432</p>	<p>et on intervient tous autour. Là la personne ne devient plus maître de sa situation et ça c'est très problématique. Parce que ça veut dire que l'infirmière va intervenir, tout comme le CLIC, les portages de repas, etc., et chacun va apporter son petit truc et donner son information. Il n'y a pas de continuité dans cette gestion-là, chacun fait ce qu'il veut. » 1.277 à 284</p> <p>« Par exemple en France l'infirmière n°1 fait un pansement comme ça et l'infirmière n°2 le fait autrement, et quand il y a un problème dans la prise en charge on ne sait pas d'où ça vient. Donc pour moi le problème c'est qu'il y a un problème de transmissions et surtout qu'il n'y a pas de rétrocontrôle. » 1.306 à 309</p> <p>« je pense qu'il y a des choses qu'on peut améliorer sur le suivi. Il y a beaucoup d'intervenants qu'on ne connaît pas (des associations, etc.) et donc on ne les contacte pas. Ne serait-ce que les associations de soins palliatifs » 1.314 à 316</p> <p>« pour l'avoir expérimenté je reste sur mon idée d'un lieu unique où tous les professionnels seraient accessibles. En France on a appelé ça les</p>
--	--	--	---	---

		<p>connaissent et d'avoir la vision d'un ergothérapeute là-dedans je pense que ça pourrait être toujours intéressant » 1.330 à 346</p> <p>« je pense qu'il faut faire un parallèle avec l'évolution de la santé car selon mon point de vue aujourd'hui ça se libéralise. Dans le sens où on est de plus en plus nombreux à être en libéral en ergothérapie et qu'on est de moins en moins nombreux à être en structure » 1.350 à 353</p> <p>« Ça s'appelle EQLAAT (Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques). L'idée était d'avoir des équipes un peu mobiles pour pouvoir venir voir à domicile ce qu'il y a comme problème dans le domicile et d'avoir les aides techniques à disposition pour permettre à la personne de les tester. Puis de revenir la voir régulièrement pour voir si l'aide technique convenait, et d'en proposer une autre si ça ne convenait pas. Puis ensuite de pouvoir valider la bonne utilisation d'une aide technique. Donc le but c'était de favoriser la mise en place d'aides techniques pérenne. Parce qu'aujourd'hui il y a quand même beaucoup d'autres techniques qui sont</p>		<p>Maisons De Santé, mais bon si tu regardes on a quoi là-bas ? Un médecin, un kiné, une infirmière... En plus ce sont des entités différentes qui ne travaillent pas forcément ensemble. Ils ont réuni leurs moyens fonciers mais ils n'ont pas réuni leurs transmissions et leurs activités. Parce que bien sûr chacun reste maître de son activité, mais pour moi ça peut devenir un handicap dans la prise en charge » 1.321 à 326</p> <p>« chez nous c'est le médecin par qui tout passe. L'infirmière va dire au médecin qu'il faut un ergothérapeute, et c'est le médecin qui va faire intervenir l'ergothérapeute. En suisse, chacun fait son soin mais tout le monde est au courant dans le réseau. » 1.336 à 339</p> <p>« En France, on marche à l'acte mais en vrai c'est très réducteur. C'est un système pervers. » 1.342 à 343</p> <p>Nous à l'UEG c'est ce qu'on pouvait apporter grâce à notre vision globale. On n'est pas là que pour soigner du pathos. Après en ergo on est formaté comme ça pour voir le global donc tant mieux. Et même maintenant on est encore plus éloigné de la pathologie avec la notion occupationnelle.</p>
--	--	--	--	--



		<p>mises en place à la sortie d'hospitalisation, et derrière qui ne sont pas forcément utilisées en vrai. Donc il y a potentiellement beaucoup d'argent de la Sécurité Sociale qui sont sortis pour des choses non utilisées. C'est une réalité » 1.360 à 369</p> <p>« Après il y a aussi un truc qui existe entre la CNSA et le professeur D où ils ont interpellé l'Etat sur les aides techniques et où ils ont voulu créer un partenariat ergo/médecin. Donc les ergothérapeutes aujourd'hui s'ils travaillent en partenariat avec un médecin généraliste, ils peuvent prescrire des aides techniques. Et l'intérêt c'est que dans ce cadre-là c'est pris en charge. Mais il faut faire partie d'une équipe et pareil c'est expérimental pour l'instant. Après est-ce que ça a été validé ou pas je n'en sais rien car je n'ai pas trop suivi. Après voilà ça c'est un truc qui est intéressant parce que ça permet aux gens d'accéder à des propositions qu'elles n'auraient pas ou qu'elles auraient autrement en allant voir un revendeur par exemple. Mais attention dans ce dernier cas l'aspect commercial est plus prégnant que chez</p>		<p>On a connaissance de la pathologie mais on la voit sous un autre angle, sans la mettre au centre de tout. Ce n'est pas prioritaire. C'est une des boules du chapelet. » 1.420 à 424</p> <p>« Après si tu fais de la prévention en touchant le côté financier peut-être que... Oui globalement si la sécu faisait plus de prévention ça serait peut-être plus suivis par tout le monde. En plus c'est les premiers à avoir une vision large des diverses pathologies, des diverses prises en charge, de ce qui est remboursé, etc. Franchement la sécu il faudrait qu'ils fassent un peu comme le RAI : là attention on a un voyant qui s'allume parce que monsieur tombe souvent à la maison par exemple. Il faudrait que ce soit les financeurs qui mettent en place la prévention primaire et secondaire. Pour moi voilà il y a des choses qui devraient être faites à un niveau supérieur, comme pour les PRADO qui ont été mis en place pour le retour à domicile. Donc à travers ce type de dispositifs on peut peut-être avoir des indicateurs qui peuvent dire si telle ou telle situation est plus à risque, et donc faire du préventif. Souvent pour l'instant on a des acteurs sur le terrain (infirmier,</p>
--	--	--	--	--

		<p>un ergothérapeute. » 1.374 à 383</p>		<p>médecin, etc.) qui voient des situations mais qui ne font pas remonter les infos » l. 454 à 465</p> <p>« pour revenir sur les EMG, je pense sincèrement qu'ils règlent des situations mais il faudrait à un niveau plus haut changer les choses pour permettre de voir la personne dans sa globalité. Parce que là encore une fois malheureusement on fait appel au EMG en plus, ils font leur action, et après ils repartent. Il n'y a pas de continuité, ni de suivi dans les EMG et c'est dommage. Pour moi c'est au financeur de coordonner ce suivi car sinon on est trop centrée sur la patho. Après dans tous les cas c'est mieux d'avoir un ergo dans les EMG car on est formé à avoir cette vision holistique » 1.467 à 473</p>
--	--	---	--	---

## Annexe n°12 – Analyse des données recueillies

<b>Présentation des participants</b>	
Lieux d'exercices professionnels	Les quatre ergothérapeutes travaillent dans des structures différentes
Anciens lieux d'exercices	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 n'a jamais changé de poste ni de structure</li> <li>• E2 a souvent changé de poste et de structure.</li> <li>• E3 est toujours resté dans la même structure mais a eu différents postes</li> <li>• E4 a changé une fois de poste, puis est parti hors de France pour ensuite revenir dans son poste actuel</li> <li>• E1 et E4 sont ceux qui ont le moins changé de lieu d'exercices (dont le plus d'ancienneté dans leur poste)</li> </ul>
Institut de formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 et E4 viennent du même IFE</li> <li>• Les ergothérapeutes viennent de trois IFE différents, donc ils n'ont pas la même approche du métier</li> </ul>
Date d'obtention du diplôme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 et E4 ont obtenu leurs diplômes la même année (même promotion si on relie au critère précédent)</li> <li>• E1 et E4 ont obtenu leurs diplômes il y a 33 ans</li> <li>• E2 et E3 ont obtenu leurs diplômes il y a 16 ans et 15 ans.</li> <li>• E1 et E4 n'ont peut-être pas la même vision de l'ergothérapie que E2 et E3</li> <li>• Aucun des ergothérapeutes n'est jeune diplômé</li> </ul>
Ancienneté du poste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 et E4 sont sur leurs postes depuis une trentaine d'années.</li> <li>• E2 et E3 sont sur leurs postes actuels depuis 5 et 4 ans.</li> </ul>
Formations complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les quatre ergo ont poursuivi des formations complémentaires à la suite de leurs diplômes.</li> <li>• Certains des ergothérapeutes ont des formations communes (CO-OP, PRAP).</li> <li>• CO-OP est partagé par les plus jeunes diplômés (E2 et E3) alors que le PRAP est partagé par les plus anciens diplômés (E1 et E4).</li> <li>• Vision plus occupationnelle du métier pour E2 et E3</li> </ul>
Missions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Missions variées.</li> <li>• Les quatre ergothérapeutes sont sur des postes très différents et qui nécessitent des accompagnements différents (populations diversifiée, suivi plus ou moins long, etc.)</li> </ul>
Populations prises en charges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 voit des adultes et des personnes âgées.</li> <li>• E2 rencontre tout type de profil (majoritairement personnes âgées)</li> <li>• E3 ne rencontre que des personnes âgées (majoritairement au domicile)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E4 rencontre tout type de profils</li> <li>• Les quatre ergothérapeutes sont amenés à travailler auprès de la population étudiée dans ce mémoire (de façon plus ou moins quotidienne)</li> </ul>
<b>Ruralité</b>	
Connaissance des caractéristiques de la ruralité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zone hors des grandes villes (E3, E4)</li> <li>• Des départements entiers peuvent être ruraux (E3)</li> <li>• Contexte social différent en zone rurale (E4)</li> <li>• Parcours de soins plus complexes (E2)</li> <li>• Moins de professionnels de santé mais meilleure connaissance de chaque travail (E2)</li> </ul>
Avantages de la ruralité	<p>Niveau personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préférence pour la vie en campagne (E1)</li> <li>• Cadre de vie agréable et tranquillité (E4)</li> </ul> <p>Niveau professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital à taille humaine et familial (E1)</li> <li>• Connaissance des interlocuteurs dans notre structure (E1)</li> <li>• Connaissance du réseau car peu d'interlocuteurs (E2, E3)</li> <li>• Plus facile de partager des lieux communs et des projets avec les autres professions (E2, E3)</li> <li>• Plus de chance de connaître antérieurement les patients (E2)</li> <li>• Lors des VAD, les déplacements sont plus long mais plus agréables (E4)</li> </ul> <p>Niveau sociétal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Population sympathique et moins stressée (E1, E4)</li> <li>• Il y a une culture d'entraide entre les personnes (E3, E4)</li> <li>• Famille et voisinage présents (E3, E4)</li> </ul>
Inconvénients de la ruralité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domiciles reculés ce qui demande de faire beaucoup de longs déplacements (E1, E3, E4) sur des territoires inadaptés (E1, E3)</li> <li>• Moins de transports en commun permettant la mobilité (E2)</li> <li>• Risque d'isolement (E1, E3, E4)</li> <li>• Faible accès aux soins (financier, mobilité, manque de professionnels, politique centralise les soins dans les villes, peu de spécialistes ...) (E1, E2, E3, E4)</li> <li>• Habitats peu adaptés aux pathologies et au vieillissement (E1, E3, E4)</li> <li>• Niveaux socio-culturels plus faibles (attentes, ressources et compréhensions différentes) (E3, E4)</li> <li>• Problèmes financiers donc adaptations limitées (E1, E4)</li> <li>• Moins accès aux informations (méconnaissance des aides, de la filière) (E3)</li> <li>• Familles présentes mais pas forcément aidantes (E4)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ruralité les personnes sont moins surveillantes sur leur santé (E4)</li> </ul>
Accessibilité aux soins en zone rurale	<p>Difficulté d'accès aux soins en zone rurale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de professionnels (en maladie, peu d'embauche...) (E1, E2, E3, E4), ce qui demande à ceux qui sont présents de couvrir une plus grande zone de prise en charge (E2, E3)</li> <li>• Manque de spécialistes (E1, E2, E4)</li> <li>• Manque d'établissement de soins intra/extrahospitalier (E1, E2, E3, E4)</li> <li>• Peu de professionnels se déplacent à domicile (E1)</li> <li>• Offre pas assez grande par rapport aux demandes (E1, E2)</li> <li>• Moins accès aux informations (méconnaissance des aides, de la filière) (E2, E3) donc les soins arrivent parfois tard (E3)</li> </ul> <p>Problèmes liés à l'accessibilité physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaucoup de déplacements pour les soignants et les patients (E1, E2)</li> <li>• Perte de temps de soins en étant sur la route (E1, E2, E3)</li> <li>• Mal desservit car peu de transport en commun pour aller se faire soigner (E2, E3)</li> <li>• Risque d'isolement (E1, E2, E3)</li> </ul> <p>Problèmes liés à l'accessibilité financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout le monde ne peut pas se payer des séances d'ergothérapie (E1, E3) donc l'ergothérapeute doit être efficace en une seule fois (E2)</li> <li>• Tout le monde ne peut pas adapter son environnement de vie (E1)</li> <li>• Importance de proposer des prises en charges en lien avec l'hôpital pour être remboursé (E3)</li> </ul>
Être ergothérapeute en zone rurale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méconnaissance de l'ergothérapie par les patients et les autres professionnels (E1, E3, E4)</li> <li>• Peu d'ergothérapie en libéral (E1) car compliqué financièrement</li> <li>• Beaucoup de déplacements car peu d'ergothérapeutes sur place ce qui nécessite d'avoir une plus grande zone d'intervention (E2)</li> <li>• Déplacements longs ce qui impacte la prise en charge (temps important passé sur la route et pas avec le patient) (E2)</li> <li>• Voir les patients en intra/extrahospitalier (E1 à E4)</li> <li>• Vision globale (E1 à E4) : mise en place des actions avec tout le système</li> <li>• Beaucoup d'actions à réaliser seul donc demande une approche généraliste et donc une adaptation constante (E2)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité de se former (E2)</li> <li>• Ne semble pas être compliqué de modifier sa pratique en venant de la ville en zone rurale (E2, E4)</li> <li>• Certains ergothérapeutes n'hésitent pas à faire plus que demandé (E2, E3) : accompagne les démarches plus longtemps, heures supplémentaires, aider physiquement à l'aménagement...</li> </ul> <p>Importance du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire du lien avec les fournisseurs (suivi du matériel) (E1)</li> <li>• Former les équipes sur le terrain (E1)</li> <li>• Lien avec les familles : les former (E1), leur permettre d'assister aux séances à domicile (E3), jouer un rôle de médiateur (E4)</li> <li>• Collaborer avec l'assistante sociale, les psychomotriciens, les kinésithérapeutes... (E1), la diététicienne (E2), les revendeurs de matériels (E1, E3) les gériatres (E3), les infirmières (E2, E3) ...</li> <li>• Collaborer avec les structures : SSIAD (E1), HAD, CLIC (E3) ...</li> <li>• Utiliser des lieux partagés (MSP, collaboration en libéral...) (E2)</li> <li>• Connaissance des autres ergothérapeutes (E1, E3)</li> </ul> <p>Adapter sa prise en charge aux capacités des personnes en ruralité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer des aménagements du logements simples mais qui fonctionnent (E2)</li> <li>• S'adapter aux contexte social (E4)</li> <li>• S'adapter aux attentes et aux compréhensions (E4) □ simplifier</li> <li>• Au lieu de donner les avantages de nos actions, exposer plutôt les aspects négatifs qui risquent d'arriver si elles ne sont pas suivies (E4)</li> <li>• Faire des compromis = tenir compte des obligations et mettre en place une action moins efficace mais qui sera vraiment mise en place par le patient (E4)</li> </ul>
<b>Viellissement</b>	
Connaissance des caractéristiques du vieillissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque individu est unique et a son propre vieillissement</li> <li>• Le vieillissement est de plusieurs types : physiologique, pathologique</li> <li>• Le vieillissement d'un individu dépend également de son environnement et de ses activités</li> </ul>
Connaissance de la fragilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout le monde n'a pas les mêmes incapacités et le même vieillissement (E1, E3, E4)</li> </ul>

- Perte inéluctable des capacités (E1) → ex : perte de force, de motricité (E2)
- Limitations dues à l'âge (E1, E2) → ex : ne plus arriver à ouvrir son bocal, ne plus sortir de chez soi (E2)
- Perte de l'autonomie (E1, E2) → ex : ne plus arriver à se laver seul (E2)
- Le passé impacte le vieillissement (E1, E4)
- Apparition de maladies et de douleurs (E1)
- Syndrome de glissement (E2)
- Evolution des symptômes plus ou moins rapide (E2)
- Vieillesse réussie = vieillissement avec des bonnes stratégies d'adaptation (E3)

#### Perte des capacités motrices :

- Risque de chute (E1, E2, E3)
- Ne plus arriver à utiliser ses mains (E2)
- Moins de déplacements (E1)
- Syndrome de désadaptation motrice (E3)
- Epuisement (E3)
- Tremblements (E3, E4)

#### Troubles cognitifs :

- Démence, états confusionnels, désorientation... (E1)
- Besoin de repères (mémoire à long terme engagé) (E2)
- Très fréquent (E1 à E3)
- Apraxies, agnosies (E3)
- Risque de fugue (E3)

#### Impact moral :

- Dénégation, dépression, inquiétude et colère en lien avec la conscience de la perte des capacités (E1, E2, E3)
- Perte de motivation (E3)
- Isolement (souhaité ou non) (E1) qui encourage les troubles cognitifs
- Prise de risque (E1) : aller vite pour se prouver qu'on est capable, déambulation... pour tomber au final
- Dénutrition (E2)

#### Troubles du comportement : Agressivité (E2)

Troubles sensoriels : Soins dentaires, lunettes, appareillage auditifs... (E3)

#### Importance d'évaluer l'environnement (aidant/limitant)

- Environnement humain (E1) : famille, aide-ménagère...

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement matériel (E1 à E4) : domicile,</li> <li>• Attention de ne pas mettre la maladie au centre de la prise en charge (E2)</li> </ul> <p>Mise en place d'aides :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgicales (prothèse) (E1)</li> <li>• Aides techniques (fauteuil roulant...) (E1)</li> <li>• Passation de bilans de fragilités par infirmière ASALEE (E2)</li> <li>• Aides financières avec l'assistante sociale (E1)</li> </ul>
<p>Maintien à domicile</p>	<p>Maintien impossible :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de l'habitat (E1, E2) : étage, vieille maison</li> <li>• Les aménagements ne sont pas réalisables (financièrement...) (E1)</li> <li>• Qualité du réseau ressources (E1)</li> <li>• Etat de santé de la personne âgée se détériorent (E1) : dénutrition, dépression...</li> <li>• Perte d'autonomie et mise en danger (E1)</li> <li>• La personne âgée est ingérable (problème de comportement) et les aidants sont épuisés (E2)</li> <li>• La personne éprouve de l'angoisse à rester chez elle avec l'avancée en âge (E2)</li> </ul> <p>Qualité de l'habitat impacte le maintien à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Architecture inadaptée au vieillissement (E1, E2, E4)</li> <li>• Manque de fond pour réaménager (E1)</li> <li>• Aménagement nécessaire : monte escalier, salle de bain adaptée, verticalisateur électrique, rollator deux roues, chaise percée, revoir les lumières... (E1, E2, E3)</li> <li>• Vérifier que les zones adaptées le soit vraiment (E1)</li> <li>• Certaines activités difficiles sont à réaliser (chauffage au bois) (E4)</li> </ul> <p>Y a-t-il des aidants pour soutenir le projet de maintien à domicile ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aidants familiaux (E1) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ils ne sont pas toujours présents (E3)</li> </ul> </li> <li>• Aidants professionnels (E1) : kiné, SSIAD, etc <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ils ne déplacent pas tous au domicile (ergothérapeute)</li> <li>○ Ils ne peuvent pas répondre à toutes les sollicitations (SSIAD)</li> <li>○ Il n'y a pas forcément tous les professionnels sur la zone du domicile (E1)</li> </ul> </li> </ul> <p>Importance de faire des VAD avec le patient avant le retour à domicile (E1, E3)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure analyse des déplacements (E1)</li> <li>• Vérification de l'accessibilité (E1)</li> <li>• Faire des préconisations d'aménagements (E1) (notamment pour éviter les chutes)</li> <li>• Trouver des aides humaines avec l'assistante sociale (E1)</li> <li>• Travailler en amont les capacités de la personne pour qu'elle puisse se maintenir en autonomie au domicile : travail sur les chutes... (E1)</li> </ul> <p>Normal qu'une personne veuille vieillir chez elle en bonne condition (E1, E2, E3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malgré les avantages et les limites on souhaite rester dans le milieu qu'on aime (E1)</li> <li>• Normal qu'une personne ne souhaite pas se rendre en EHPAD (E1)</li> <li>• Garder les repères, ce qui rassure (à la fois la personne et sa famille) (E2, E3)</li> <li>• Parfois la personne ne souhaite pas quitter son logement malgré les risques (E1)</li> <li>• Malgré des handicaps très lourds la personne peut rester à domicile s'il est adapté (E2), mais ça reste tout de même compliqué (E4)</li> <li>• Permet un maintien des habitudes de vie et de l'autonomie (E3) : ça stabilise la personne (E4)</li> </ul> <p>Important de maintenir au domicile car il n'y a pas assez de place en EHPAD (E1)</p>
Être ergothérapeute auprès des personnes âgées	<p>Tenir compte des spécificités du public des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage plus laborieux (E4)</li> <li>• Tenir compte de son passé dans la prise en charge (E4) : regarder son parcours de vie</li> <li>• Faire preuve de beaucoup d'écoute et de soutien (E2, E4)</li> <li>• Pertes des capacités / apparition de maladies / Limitation / perte de l'autonomie : syndrome de glissement (E1 à E4)</li> <li>• Attention aux ressources financières (E2, E3) : petite retraite, peu de finances ...</li> <li>• Tenir compte des habitudes de vie dans notre accompagnement (E2)</li> <li>• Rencontrer la personne plus ou moins tard dans sa prise en charge (E2)</li> </ul> <p>Evaluation (du système)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer la personne : ses capacités, ses envies (E1)</li> </ul>

- Evaluer l'environnement : réaliser des visites à domicile (E1), repérer l'entourage aidant (E3)
- Evaluer les occupations : bilan de fragilité des infirmières ASALEE (E2)
- Se demander quelle sera son évolution (E3, E4)

#### Prévention

- Prévention de chutes (E1)
- Réaliser des visites à domicile (E2, E3)
- Séance collective d'échange et d'ateliers sur une problématique (E2, E4)
- Faire des préconisations (E1)

#### Rééducation :

- CO-OP (E3)
- COTID (E3)
- Rééducation des fonctions atteintes (E1, E2, E3, E4)

#### Réadaptation :

- Mise en place d'aides humaines (E1)
- Mise en place d'aides techniques (E1, E2)
- Aménager l'environnement (E1, E2, E3)

#### Collaboration :

- Réaliser les actions en concertation avec le patient : VAD (E1, E3) leur donner les informations nécessaires (E3)
- Collaborer avec les autres professionnels : assistante sociale (E1), ASALEE (E2) : le réseau amène les patients aux ergos et inversement, notamment pour permettre des prises en charges financière en libéral (E2)
- Collaborer avec l'entourage : les former, les faire participer aux séances, les écouter, tenir compte de leur épuisement, (E2, E3)
- Former et informer les autres professionnels sur le rôle de l'ergothérapeute (E2, E3) car méconnaissance importante

#### Buts

- Recherche du maintien à domicile (E2, E3, E4)
- Rendre le patient le plus autonome possible (E2, E3, E4)
- Maintenir les habitudes et les activités importantes (E2, E3)
- Proposer des aides pérennes (E2) même si ça ne peut pas réellement l'être (E4)
- Eviter les hospitalisations, les urgences (E3)
- Eviter les aggravations (E3)

### **Intervention - EMG**

<p>Connaissance des EMG</p>	<p>E3 travaille pour une EMG (mais son fonctionnement diverge de celui de la majorité des EMG)</p> <p>E1 et E2 confondent les EMG avec d'autres équipes et ne connaissent pas l'existence d'une EMG dans leur secteur</p> <p>E4 connaît l'EMG qui se trouve sur le même hôpital que lui (il est même amené à travailler avec eux ponctuellement) mais il ne connaît pas toutes leurs actions</p>
<p>Avantages des EMG</p>	<p>Les quatre répondants sont favorables</p> <p>Cette équipe offre une vision globale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe formée et spécialisée dans le vieillissement (E3, E4)</li> <li>• Offre un regard pluridisciplinaire afin de prendre collectivement les décisions (E2) : peuvent intervenir en même temps à domicile et se transmettre toutes les informations (E3)</li> <li>• Permet de débrouiller des situations enracinées (offre un autre regard sur une situation qui devient tendue pour les équipes) (E4)</li> </ul> <p>Lieu d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intra/extrahospitalier (E3, E4)</li> <li>• Permet un meilleur lien dans le réseau (E4)</li> <li>• L'équipe peut se déplacer sur un secteur assez grand (E3)</li> <li>• Permet d'éviter les déplacements pour le patient et son entourage (E2)</li> <li>• Permet d'améliorer l'accès aux soins (E3)</li> <li>• Permet une analyse plus juste du lien personne/environnement/activités car on évalue dans le lieu de vie réel de la personne (E2)</li> </ul> <p>Evaluation globale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation du risque de chute (E1, E3)</li> <li>• Evaluation des capacités de la personne âgée (E1)</li> <li>• Evaluation de l'environnement humain, matériel... (E1) pour trouver les ressources/limites</li> <li>• Utilisation des mises en situations (E2, E3)</li> <li>• Passation de bilans (E3)</li> </ul> <p>Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposition d'aménagement du logement (E3)</li> <li>• Proposition d'aide-techniques (E3)</li> <li>• Accompagnement des aidants sur les maladies neuro-évolutives (E3)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement des aidants pour éviter épuisement (E3)</li> <li>• Connaissance du réseau donc orientation vers les professionnels (E3)</li> <li>• Prévention primaire avec des soirées à thèmes (E4)</li> </ul> <p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préventions des facteurs aggravants (E3)</li> <li>• Repérage des situations complexes (E3)</li> <li>• Recherche à préserver l'autonomie de la personne âgée (E3)</li> <li>• Permet de démocratiser les soins à domicile (E1)</li> </ul> <p>Autres informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet de solliciter gratuitement l'avis de l'ergothérapeute de l'EMG s'il n'y en a pas déjà dans la prise en charge (E2)</li> <li>• Possibilité d'orientations multiples (E3)</li> <li>• Prise en charge financièrement (E3)</li> </ul>
Inconvénients des EMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette équipe est méconnue car elle ne communique pas assez (E1, E4)</li> <li>• Vision globale de l'EMG eut être mal comprise et perçue par les autres intervenants (E4)</li> <li>• Toutes les EMG n'ont pas forcément d'ergothérapeutes, ce qui impacte l'expertise et l'accompagnement (E1)</li> <li>• Le dispositif peut être dépassé par les demandes (E1)</li> <li>• Y a-t-il suffisamment de personnel pour faire tourner l'EMG ? (E1, E3)</li> <li>• L'EMG va-t-elle pouvoir se déplacer chez tous les patients habitant loin et relevant de cette prise en charge ? (E1)</li> <li>• Nécessaire de voir le patient aussi hors de son lieu de vie (ex : pour voir ses capacités d'adaptation) (E2)</li> <li>• Certaines EMG sont très médicales (E3, E4)</li> <li>• L'EMG intervient sur une période donnée mais il n'y a pas un suivi des actions pour vérifier si elles sont pérennes (E3)</li> <li>• L'EMG mène des actions de prévention mais elles touchent trop peu de population (E4)</li> <li>• Patients vus en EMG arrivent parfois trop tard dans la prise en charge (E3) □ importance de développer des actions de prévention pour ne voir en EMG que les situations vraiment urgentes</li> <li>• Délai de prise en charge en ergothérapie peut être trop long par rapport à l'état du patient (E3)</li> <li>• A ce jour les PEC proposées ne sont pas assez complètes (projet à l'attention des professionnels et des publics = éduquer les professionnels du réseau, diffuser les recommandations de bonnes pratiques, faire de l'éducation thérapeutique) (E3)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessaire que les professionnels soient bien formés et autonomes car ils sont souvent seuls au domicile (E3)</li> <li>• Ajout d'un acteur supplémentaire dans la prise en charge (E4), alors que d'autres professionnels fournissent le même travail (E1, E2, E4)</li> </ul>
Remarques diverses sur les EMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe-t-il un lien entre les EMG et les UEG ? (E1, E4)</li> <li>• Importance d'avoir un ergothérapeute dans chaque EMG : apporte de la technicité (E1), permet de développer la connaissance de ce métier pour les prescripteurs (E3) et offre une approche occupationnelle décentrée de la pathologie (E4)</li> <li>• Intérêt de développer davantage l'extrahospitalier (E3, E4)</li> <li>• Manque de continuité, de suivi avec ce dispositif (E3, E4), donc l'Etat doit proposer autre chose de plus englobant (E4)</li> <li>• L'ergothérapeute ne réalise pas de bilans elle-même et s'appuie sur les retours de ces collègues de l'EMG ou sur les équipes des hôpitaux de jour (E3). Pourquoi en télé-ergothérapie somme nous obligée en tant qu'ergothérapeute de refaire des bilans alors qu'en EMG non ?</li> </ul>
<b>Intervention – télé-ergothérapie</b>	
Connaissance de la télé-ergothérapie	<p>Aucun des ergos ne connaît et ne pratique la télé-ergothérapie.</p> <p>Les définitions données sont plutôt justes sauf pour E4</p>
Avantages de la télé-ergothérapie	<p>Permet de faire un suivi en intervenant à distance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dédramatiser les situations (E1)</li> <li>• Renforcer le lien (E1 et E3) chez un patient déjà connu (E4)</li> <li>• Évaluer les aménagements (E3)</li> <li>• Valider ou modifier les choix antérieurs (E4)</li> <li>• Stimuler les fonctions cognitives (E1, E2 et E3)</li> <li>• Permet un échange en temps réel lors des exercices proposés (E2)</li> <li>• Permet de faire participer les aidants à domicile dans le soin (E3)</li> </ul> <p>Gain de temps et d'énergie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des déplacements pour le thérapeute, le patient et les aidants (E1 à E4)</li> <li>• Permet de résoudre rapidement des situations ne nécessitant pas de déplacements (E1 et E4)</li> </ul> <p>Permet de développer l'ergothérapie (E2, E3, E4)</p> <p>Intérêt de voir directement la personne et pas juste de l'entendre (E3)</p> <p>Peut permettre de suivre un patient sorti de l'hôpital (E1)</p>

<p>Inconvénients de la télé-ergothérapie</p>	<p>Ce n'est pas approprié comme premier contact (E1, E2, E3, E4)</p> <p>Ne permet pas la même relation qu'une consultation en face à face car il n'y a pas le même contact (E1, E3)</p> <p>Problème d'accès au matériel, à internet (E1, E3)</p> <p>Peu d'affinité pour le support de la part des professionnels (E1, E2, E3) et des patients (E2)</p> <p>Demande plus de concentration de la part du professionnel qu'en réel (E4)</p> <p>La personne doit avoir les capacités pour utiliser l'ordinateur (E1, E2, E4)</p> <p>Parfois des aidants doivent être disponibles pour l'utilisation de l'ordinateur (E1, E2)</p> <p>Biais dans l'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impossibilité de réaliser les bilans ce qui limite l'accompagnement (E1, E2, E3)</li> <li>• Impossibilité de proposer tous les exercices et toutes les mises en situation (risque de mise en danger si non surveillance physique) (E1) ce qui peut faire perdre du temps au lieu d'en gagner (E3)</li> <li>• Ne permet pas de tout voir en visioconférence (le logement, les mauvaises habitudes de vie dedans...) (E1, E3 et E4)</li> </ul> <p>Le téléphone suffit parfois pour donner les informations (E3)</p> <p>Pratique trop marginale actuellement (E3)</p> <p>Comment réellement permettre un suivi du patient sorti de l'hôpital : est-ce que c'est à l'ergothérapeute de l'hôpital de faire ça en plus de son travail hospitalier ? (E1)</p>
<p>Remarques diverses sur la télé-ergothérapie</p>	<p>Nombreux questionnement sur la nature même de la télé-ergo car méconnaissance de cette pratique (reflète une mauvaise communication)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment c'est rémunéré en libéral et en structure ? (E1)</li> <li>• A quelle fréquence ? (E1)</li> <li>• Est-ce qu'aucune évaluation n'est réalisable ? (E1, E2 et E4) <input type="checkbox"/> pourtant réel besoin de faire des bilans soi-même même si des données antérieures de structure lui sont fournis (E1)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette pratique peut-elle convenir à tous les ergos ? (Chacun à sa préférence de fonctionnement) (E1)</li> <li>• Permet un vrai accès à l'ergo ? (E2)</li> <li>• Comment faire connaître cette pratique (au patient, aux collègues) ? (E3)</li> <li>• Qui peut mettre en place cette pratique ? (E3)</li> <li>• Existence de logiciels réglementés pour cette pratique ? (E3)</li> </ul> <p>Référencement sur une base de données accessible à tous ? (E3)</p>
<p>Ouverture : Autres interventions à développer</p>	<p>Ajouter des ergothérapeutes dans des structures pour leur donner cette vision supplémentaire (notamment les structures intervenant à domicile)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet de mieux connaître le rôle de chacun et les partenariats possibles (E4)</li> <li>• Proposer des lieux uniques où tous les professionnels sont accessibles (E4)</li> <li>• Importance du travail en équipe en maison de santé (E2) et d'y trouver une diversité de métier (E4)</li> <li>• SSIAD (E1, E2) <input type="checkbox"/> plus-value pour patient et aidants (E2)</li> <li>• Réseau / association d'aidants à domicile (E1 et E4)</li> <li>• Organisme d'aménagement du logement (SOLIHA) (E2)</li> <li>• CLIC (E2, E3, E4)</li> <li>• CICAT (E1 et E2) <input type="checkbox"/> projet EQLAAT du conseil régional</li> <li>• ESA (E2)</li> <li>• Intervention pour des mutuelles et des caisses de retraites (E2)</li> <li>• MAIA / DAC (E2, E3 et E4) <input type="checkbox"/> réseau palliatifs, SLA, et autres maladies dégénératives</li> <li>• Partenariat avec médecins généralistes pour prescription des aides techniques de la CNSA (E2)</li> <li>• HAD (E3)</li> <li>• Hôpitaux de jour (E3)</li> </ul> <p>Développer l'extrahospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volonté ARS de développer EMG</li> <li>- Développer l'ergothérapie en libéral (E1, E2, E3 et E4) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auprès de tous les publics et pas que les enfants (E1)</li> <li>• Ergothérapie prise en charge par la sécurité sociale (E1, E3)</li> <li>• Permet de désengorger les hôpitaux (E1)</li> <li>• Politiques de santé encouragent le libéralisme (E2)</li> <li>• Permet de voir les patients plus tôt dans le parcours de soins (E3)</li> <li>• Permettre un meilleur lien hôpital/libéral pour un meilleur suivi, mais attention à l'aspect déontologique (E1)</li> </ul> </li> </ul> <p>Développer la vision occupationnelle de l'ergothérapie (E3)</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• OTIPM, CO-OP, COTID... (E2 et E3)</li><li>• Ne pas se centrer que sur la pathologie mais avoir une vision globale (E4)</li></ul> <p>Changer les politiques de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- S'inspirer du RAI<ul style="list-style-type: none"><li>• Rendre le patient plus acteur de sa prise en charge (on s'adapte à lui) (E4)</li><li>• Améliorer les transmissions et la communication autour du patient (E4)</li></ul></li><li>- Sécurité sociale doit faire plus d'action de prévention (E4) car elle touche le plus de monde<ul style="list-style-type: none"><li>• Repenser la cotation des actes (E4)</li></ul></li></ul>
--	---



**L'accès aux soins d'ergothérapie en zone rurale française à destination des personnes âgées vivant à domicile : le rôle de l'ergothérapeute au sein d'équipe mobile de gériatrie et dans la mise en place de télé-ergothérapie pour favoriser le maintien à domicile**

- Mémoire rédigé par MOUYSSAC Julie -

**Introduction :** Ce mémoire de fin d'étude porte sur les difficultés d'accès aux soins en ergothérapie que peuvent rencontrer les personnes âgées domiciliées en zone rurale française. Ces difficultés d'accès aux soins peuvent rendre le maintien à domicile impossible, notamment en raison d'un vieillissement pathologique et d'un lieu de vie limitant. L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui dispose d'un large éventail d'interventions et qui permet un accompagnement centré sur la personne, ses environnements et ses activités. Dans cet écrit, les équipes mobiles de gériatrie et la télé-ergothérapie seront proposées comme moyens de réponse à ces problématiques. **Objectifs :** Le but de cette recherche est d'analyser si l'accès aux soins d'ergothérapie pour ce public peut être amélioré en mettant en place une équipe mobile de gériatrie et/ou de la télé-ergothérapie, afin de permettre au final un maintien à domicile pérenne en ruralité. **Méthode :** Quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant en zone rurale française, et ayant dans leur patientèle des personnes âgées vivant au domicile. Les retranscriptions de ces entretiens ont été ensuite analysées grâce à des grilles thématiques et des logiciels d'analyse textuelle. **Résultats :** Les résultats obtenus permettent de voir que les personnes âgées domiciliées en ruralité ont divers freins et ressources, et que l'ergothérapeute intervenant auprès de cette population doit en tenir compte quel que soit son intervention. **Conclusion :** Malgré quelques limites, les équipes mobiles de gériatrie et la télé-ergothérapie semblent permettre un meilleur accès aux soins d'ergothérapie et favorise le maintien à domicile.

**Mots clés :** Accès aux soins, Ergothérapie, Rural, Personnes âgées, Equipe mobile de gériatrie, Télé-ergothérapie, Maintien à domicile

**Access to occupational therapy care in French rural areas for elderly people living at home : role of the occupational therapist within the mobile geriatric team and in the implementation of tele-occupational therapy to promote home support**

- Thesis by MOUYSSAC Julie -

**Introduction :** This thesis focuses on the difficulties of access to occupational therapy care that elderly people living in French rural areas may encounter. These difficulties of access to care can make impossible the home support, particularly because of pathological aging and a restrictive living environment. The occupational therapist is a health professional who has a wide range of interventions and who provides support centered on the person, its environments and its activities. In this publication, mobile geriatric teams and tele-occupational therapy will be proposed as means of responding to these problems. **Objective :** The purpose of this research is to analyze whether the access to occupational therapy care for this population can be improved by setting up a mobile geriatric team and/or tele-occupational therapy, in order to ultimately allow for sustainable home support in rural areas. **Method :** Four semi-structured interviews were conducted with occupational therapists working in French rural areas, whose patients included elderly people living at home. The transcripts of these interviews were then analyzed using thematic grids and textual analysis software. **Results :** The results show that elderly people living in rural areas have various obstacles and resources, and that occupational therapists working with this population must take them into account in any intervention. **Conclusion :** Despite some limitations, mobile geriatric teams and tele-occupational therapy seem to allow better access to occupational therapy care and promote home support.

**Key-words :** Access to care, Occupational therapy, Rural, Elderly people, Mobile geriatric team, Tele-occupational therapy, Home support