

5. Occupational therapy (Français)

Fiche de bonne pratique : Intervention au domicile de l'ergothérapeute et ses conditions d'exercice au sein des projets Protocole 3	
Auteurs	Déborah Flusin, Thérèse Van Durme
Date de soumission	Janvier 2016. Cette fiche a été élaborée sur la base des questionnaires annuels, des focus groups jusqu'en 2013. Cette version a été remaniée et tient compte des remarques et commentaires des experts au cours d'une session le 20/01/2017 et celles émises par écrit pour ceux qui n'ont pas pu y participer.
Experts	Pauline Hoellinger (HE Vinci) ; Leen De Coninck (KUL); Pierre Seeuws (Vlaamse Ergotherapeutenverbond); Carmen Verdruye (AZ Damiaan); Leen Bouckaert (Artevelde Hogeschool); Amandine Kodeck (Maisons Ste Monique; Marc-Eric Guisset (HE Vinci) et Béatrice Thében (Plan Alzheimer). Feedback écrit par le Pr. De Vlieghe INAMI : X.Ledent ; O. Fourez ; L.Huyghe & H. Huyck
Mots clés	Ergothérapie ; personnes âgées ; domicile

Note : Le terme ergothérapeute a été mis au masculin mais renvoie bien sûr aux ergothérapeutes tant féminins que masculins.

1. Contexte général - L'intervention au domicile pour les ergothérapeutes aujourd'hui

Cette fiche tente de définir les fonctions et bonnes pratiques de l'ergothérapeute lorsqu'il réalise des interventions dans le contexte de soins à domicile pour les personnes âgées fragiles dans le cadre des projets Protocole 3 (pour plus de détail voir l'annexe 1).

Traditionnellement, dans le système de santé belge, les ergothérapeutes exercent leur activité principalement dans des institutions (hôpitaux, maisons de repos, centres de santé mentale, centres de rééducation fonctionnelle etc.) et, dans une moindre mesure en cabinet libéral et à domicile.

De façon générale, la profession d'ergothérapeute a connu ces dernières années des changements notables. Tout d'abord, elle tend à voir ses effectifs croître de façon significative²⁸[20]. Elle a également évolué sur les plans des connaissances pratiques et paradigmatiques (modèle « bio-

²⁸ Cette croissance est générale en Europe, par exemple en France, entre 2003 et 2016 le nombre d'ergothérapeutes a doublé. Par ailleurs, en 2016, ils sont minoritaires à exercer en libéral (9,7%)

psycho-social »)[21] ainsi que d'un point de vue de l'encadrement légal de l'exercice de la profession qui marque une meilleure reconnaissance de celle-ci²⁹[22].

Dans ce contexte de croissance et d'évolution de la profession d'une part, et des évolutions sociodémographiques de la population d'autre part (vieillesse, apparition de nouvelles pathologies etc.), l'intervention à domicile devient une pratique d'avenir qui tend à se développer davantage. Les projets Protocole 3 interviennent dans ce sens.

Les ergothérapeutes intervenant dans les projets Protocole 3 avaient parfois une expérience auprès des personnes âgées fragiles en MRS, mais peu avaient une expérience d'intervention à domicile. Le travail à domicile a donc représenté un enjeu nouveau pour les professionnels engagés dans les projets Protocole 3 qui ont dû adapter leurs savoirs pratiques et théoriques (sur les formations d'ergothérapeute et leur préparation à l'intervention au domicile aujourd'hui voir Annexe 2).

2. L'ergothérapie à domicile pour les personnes âgées et fragiles et leurs aidants (in)formels

Idéalement, l'intervention de l'ergothérapeute s'adresse à toute personne âgée fragile désireuse de rester à domicile et dont l'état de santé est suffisamment bon pour permettre une intervention. Rappelons que pour les projets de Protocole 3 il y avait des conditions d'âge et de dépendance pour entrer dans les projets (voir annexe 1).

Au-delà de ces critères, la motivation de la personne à maintenir ou recouvrir davantage son indépendance et/ou autonomie (projet de vie) est ici un prérequis préalable à toute intervention pour qu'elle soit en mesure d'y participer [23]. L'intervention de l'ergothérapeute peut viser soit la prévention pour préserver l'autonomie de la personne âgée au domicile, soit la réhabilitation, afin que la personne âgée puisse recouvrir le plus d'autonomie fonctionnelle, sociale et psychique possible et de mieux être.

L'intervention de l'ergothérapeute a pour effet dans tous les cas de permettre à la personne âgée et fragile de continuer à vivre à domicile dans des conditions optimales de bien-être et de sécurité dans son milieu de vie. Ainsi, le point de rupture du maintien à domicile peut être retardé, des hospitalisations évitées (prévention des chutes en particulier).

Pour ce faire, l'ergothérapeute intervient également auprès des aidants proches et professionnels.

- **L'intervention auprès de la personne âgée fragile** : contribuer au maintien ou restaurer son autonomie et/ou son indépendance notamment des AIVQ, en fonction de son autonomie et

²⁹ En 2011 les ergothérapeutes sont reconnus comme dispensateurs de soins par l'INAMI, certains soins peuvent donc être remboursés et la profession est reconnue au bénéfice d'un « agrément » en 2012. Par ses dispositions notamment, la profession bénéficie d'une reconnaissance sociale plus forte (voir Annexe 2)

de sa participation ; ensuite, et par là, contribuer au sentiment de bien-être et de sécurité et contribuer à identifier ses besoins d'aide professionnelle notamment pour l'accomplissement des AVQ, mais aussi d'une prise en charge au niveau cognitif. Lors de son intervention, il mobilise son sens pédagogique et une écoute active afin d'effectuer les changements souhaitables et souhaités pour la personne considérée comme partenaire. Il peut aussi **détecter des besoins non couverts**. Son intervention étant peu intrusive, elle peut être un bon levier pour faire accepter et ou modifier l'aide apportée par les autres aidants (in)formels. C'est ce qui ressort des projets Protocole 3, l'intervention de l'ergothérapeute a permis d'augmenter le recours aux soins infirmiers.

- **L'intervention auprès de l'aidant informel et professionnel** : apprentissage aux aides et aides techniques, sensibilisation au maintien, voire la restauration de l'autonomie de la personne aidée en reformulant la manière de l'aider. Grâce à ses rôles il contribue à diminuer le fardeau physique et psychique des aidants professionnels et informels et les risques d'accidents.

3. L'ergothérapie et le cadre de référence de ses pratiques

Voir l'apport des experts en annexe 3 et 4.

Si le modèle bio-psycho-social présenté par les experts est souhaitable (voir Annexe 5), il existe un écart entre celui-ci et les pratiques rapportées qui étaient encore assez axées sur une approche fonctionnelle

4. Protocole 3 : les personnes âgées incluses dans les projets d'ergothérapie du Protocole 3 ont été classés selon leurs profils de dépendance, tels que définis par les échelles du BelRAI

a. *Profils de dépendance identifiés pour les bénéficiaires de Protocole 3 :*

- **Profil 1 : faibles limitations fonctionnelles** : les personnes qui nécessitent une assistance légère, ce sont des personnes qui n'ont pas des scores supérieurs ou égaux aux seuils validés dans la littérature pour les échelles AIVQ, AVQ, CPS, ce qui signifie qu'elles n'ont pas de limitations fonctionnelles ou cognitives significatives ;
- **Profil 2 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et problème cognitifs légers** : les personnes qui peuvent se prendre en charge, mais qui ont besoin d'aide pour des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), comme les courses, la cuisine, le nettoyage, la vaisselle ou le transport ET qui présentent des déficiences cognitives débutantes.
- **Profil 3 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et les AVQ** : les personnes qui cumulent besoin d'aide pour des activités instrumentales (AIVQ) et pour des activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ), comme se laver, s'habiller, manger ou aller à la toilette ;

- **Profil 4 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et AVQ et déficiences cognitives** : les personnes qui cumulent des limitations fonctionnelles (AIVQ et AVQ) et cognitives (atteintes par exemple de démence) ;
- **Profil 5 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et AVQ, déficiences cognitives et troubles du comportement** : les personnes qui, outre des limitations fonctionnelles et cognitives, ont aussi des troubles du comportement.

b. En fonction de ces profils, plusieurs interventions ont été identifiées

Pour le bénéficiaire :

- Education aux gestes, déplacements : **pour tous** les profils de dépendance (effet préventif pour le groupe 1) ;
- Conseils pour adapter le lieu de vie et réaliser des changements d'organisation de l'environnement : **pour tous** les profils de dépendance ;
- Installation de matériel, aides aux déplacements, à l'alimentation, aides techniques, pour faciliter l'autonomie et la mobilité, apprentissages autour de ces aides : **pour tous** les profils de dépendance ;
- Prévention des chutes : **pour tous** les profils de dépendance ;
- Stimulation de l'aidé dans la réalisation des AIVQ et AVQ, coaching et accompagnement : recouvrir ou/et préserver son autonomie et sa participation à la vie sociale en première intention (si ce n'est pas possible, il faut référer) : pour les profils de dépendance **2 à 5** ;
- Prise en charge cognitive (prothèse mnésique, travail de soutien neuropsychologique), adaptation de l'environnement : pour les profils de dépendance **2, 4 et 5**.

Pour l'aidant(in)formel

- Prévention et réduction des risques pour la santé au travail des professionnels et des aidants : conseils, amélioration des gestes lors des déplacements au domicile, utilisation des aides et aides techniques : pour les profils de dépendance **3 à 5** ;
- Sensibiliser et former les aidants et les professionnels au domicile à l'autonomie de l'aidé pour la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (motricité autonome, utilisation du matériel de déplacement, positionnement) : pour les profils de dépendance **2 à 5**.

De manière pratique, nous proposons de faire une distinction entre deux groupes de personnes âgées :

1. Ceux qui nécessitent une intervention limitée dans le temps. Ce sont ceux qui ont une légère perte d'autonomie en AIVQ et AVQ pour lesquels l'intervention se situe davantage sur le volet prévention. Ils bénéficient de conseils concernant l'aménagement du domicile ou d'éducation concernant l'utilisation de techniques ou de matériels. Cette intervention peut inclure des aidants informels et des professionnels de l'aide et du soin.
2. Ceux dont l'intervention se déroule sur une période plus longue. Les personnes âgées qui font partie de ce groupe présentent des pertes d'autonomie également au niveau des AVQ et/ou au niveau cognitif et pour lesquels l'intervention inclut, en plus de ce qui précède une revalidation. Celle-ci peut être physique ou cognitive. La prise en charge peut durer des mois, voire des années.

5. Etapes nécessaires pour mettre en œuvre une intervention d'ergothérapie à domicile

Etape 1

- Entretien au cours de laquelle la demande de soins peut être clarifiée. Sur base de celui-ci, on peut passer à un plan d'évaluation et fixer des objectifs ensemble.
- Evaluation fonctionnelle et bio-psycho-sociale ou écologique : récolte de données pour mettre en place un plan adapté à la personne, à ses souhaits et son milieu de vie (recueil d'informations personnelles, observation des lieux, évaluation de l'environnement, analyse des capacités et incapacités de la personne etc.). Ici, l'ergothérapeute part du diagnostic du fonctionnement (focus sur l'agir au quotidien) pour, ensuite, effectuer une analyse des causes sous-jacentes à partir d'un cadre bio-psycho-social. Dans ce cadre, il est préconisé de réaliser une évaluation gériatrique globale.
- Elaboration d'un plan d'interventions adapté aux difficultés rencontrées par la personne (et son aidant) et à ses capacités (tant fonctionnelles, cognitives que matérielles) en collaboration avec les personnes impliquées.

Etape 2

- Concertation avec l'équipe professionnelle, l'aidant, et le bénéficiaire et sensibilisation à l'autonomie, transmission des techniques d'aide à la mobilité.
- Concertation avec l'équipe hospitalière lorsqu'il s'agit d'une sortie d'hôpital.

Etape 3

- Mise en œuvre d'un plan d'interventions améliorant le confort de vie et l'autonomie souhaitée.
- Former les personnes à l'utilisation des aides et techniques : le positionnement, apprentissage de nouveaux comportements par des mises en situation dans les activités de la vie quotidienne etc.
- Organisation de l'environnement (déplacement du mobilier pour la sécurité et améliorer la mobilité) et mise à l'essai de matériel de transfert et formation pour l'utiliser, apprentissage.

Etape 4

- **Suivi et accompagnement de la personne et de son entourage** afin de s'assurer de la bonne compréhension et de l'intégration des soins.
- Evaluation et adaptation nécessaires, réévaluation à un moment à convenir de commun accord.

- Concertation continuée avec les autres aidants, professionnels ou non.

6. Quelle intensité pour une intervention d'ergothérapie à domicile ?

En fonction de la nature de la dépendance (cognitives, fonctionnelles, psychique) et de son degré, la prise en charge va beaucoup varier : d'un suivi palliatif avec amélioration du confort de vie globale de la personne à une stimulation d'une autonomie aidée ou à une prise en charge cognitive (prothèse mnésique) pour une personne âgée déambulant et présentant des risques de chutes.

Plusieurs facteurs vont influencer l'intensité et le contenu de l'intervention de l'ergothérapeute :

- Le type de dépendance de l'aidé (déficience fonctionnelle/cognitive) ;
- Le degré de dépendance de l'aidé ;
- La présence ou non d'un aidant proche (cohabitant/non cohabitant) ; le caractère « adéquat » de l'aidant informel ;
- L'environnement bio-psycho-social ;
- L'acceptation ou non des modifications proposées (matérielles et comportementales) ;
- La durée des phases d'acceptation, de négociation du projet de vie et des apprentissages ;
- Le nombre d'intervenants au domicile (concertation/formation et sensibilisation).
- ...

Au sein des projets du Protocole 3, le nombre total d'heures passé par bénéficiaire était, en moyenne, de 20 heures (min. 4h30, max 40) par projet, sur la durée totale de l'intervention (données de 2013). Ce nombre d'heures ne recouvre que le temps de soins directs ; pour les soins indirects, ce nombre était similaire (20h de soins indirects)³⁰.

7. Quelles sont les compétences nécessaires pour exercer cette fonction ?

Voir Annexe 6.

8. Conditions contextuelles nécessaires pour exercer une intervention d'ergothérapie à domicile

Une **équipe multidisciplinaire** pouvant répondre à la palette des besoins en soins complexes rencontrés à domicile, dans laquelle les rôles sont bien clarifiés (capacité des autres prestataires à référer vers l'ergothérapeute et vice versa) ;

³⁰ Soins indirects: préparation des entrevues, du matériel, notes aux dossiers, contacts avec les autres prestataires, en ce compris le temps passé en réunions, évaluation des scores obtenus, trajets, etc.

L'accès à un outil informatique performant pour partager les informations à propos de la personne aidée (**dossier patient partagé**) dans le respect du secret professionnel et de la vie privée ;

Des **rencontres** avec les autres prestataires pour pouvoir discuter des cas complexes (sur le plan émotionnel, relationnel, physique, social, financier, etc.) et de l'opportunité d'une institutionnalisation lorsque, suite à son évaluation, il estime que le maintien à domicile n'est plus souhaitable ;

Du **matériel de démonstration nécessaire** pour pouvoir expliquer les aides matérielles et, le cas échéant, pouvoir laisser le matériel en place pour que la personne et son entourage puissent le tester avant de l'acquérir ;

Des conventions ou **accords avec des fournisseurs de matériels ou les mutuelles** sont souhaitables pour pouvoir proposer du matériel accessible financièrement ;

L'accès à des **recommandations de bonnes pratiques** ergo thérapeutiques et multidisciplinaires ;

Le **temps** nécessaire pour pouvoir réaliser du travail qualitatif sur les points suivants :

- Pour pouvoir réaliser une évaluation approfondie de la situation, c'est-à-dire écouter la demande réelle, afin qu'elle soit acceptable pour la personne aidée et son entourage ;
- Pour pouvoir (ré)expliquer les ajustements proposés et suivre la situation dans le temps, selon un rythme sur lequel les personnes concernées se sont mises d'accord ;
- Pour pouvoir rendre compte de la démarche et son évaluation, voire la concertation avec les autres prestataires ;

Dans le cadre des projets du Protocole 3, un nombre de 40 à 45 patients âgés fragiles en file active par ETP ergothérapeute a été observé dans les projets. Ce nombre de patients en file active observés est en adéquation avec ce qui a été demandé par les groupes de validation et avec ce qui a été relevé dans la littérature.

L'accès à des modules de **formation** continue, la profession étant en perpétuelle évolution.

9. Annexes fiche ergo

Annexe 1

Rappel du contexte d'implémentation des projets Protocole 3 ergothérapies :

Dans le cadre des projets Protocole 3, le domicile de la personne est le lieu d'exercice professionnel pour les ergothérapeutes.

Si une partie des ergothérapeutes avaient une expérience auprès des personnes âgées fragiles en MRS, aucun n'avait d'expérience d'intervention à domicile. Celle-ci a représenté un enjeu nouveau pour les professionnels engagés dans les projets Protocole 3 qui ont dû adapter leurs savoirs pratiques et théoriques.

Dans Protocole 3 : l'activité de l'ergo était gratuite (paiement des aides recommandées), sauf l'achat de matériel d'aménagement pour le domicile. La gratuité de l'intervention a eu un impact positif sur l'acceptation de l'intervention.

Les personnes âgées incluses dans Protocole 3 et bénéficiant de l'ergothérapie répondaient aux critères suivants : âgées de 60 ans et plus, ayant des difficultés à réaliser les AVQ, souhaitant une telle intervention. Autrement dit les personnes âgées incluses dans les projets Protocole 3 n'étaient pas représentatifs de la diversité des situations et profils de personnes rencontrées par un ergothérapeute. Dans les faits, il se trouve qu'un nombre important de personnes n'avaient pas de difficultés d'AVQ ou cognitifs spécifiques. Deux projets sur sept déclarent avoir environ 50% de personnes sans problème d'AVQ ou cognitifs (chiffres de 2013).

Réactions et compléments du groupe d'experts sur la formation :

- Au niveau de la **formation**, ils regrettent que les stages d'apprentissage au domicile soient moins développés que les stages en institution car la pratique en milieu de vie est le paradigme de base de l'ergothérapie. D'autant que les différences entre pratique en institution et au domicile sont grandes. Ce déséquilibre s'explique par la difficulté plus grande à mettre en place de tels stages (autorisations, supervisions etc.). Toutefois, ils soulignent que les manuels et les cours donnés se centrent sur l'intervention en milieu de vie. Aussi, les modèles et outils théoriques d'ergothérapies préparent bien à l'intervention au domicile selon les experts. Le jeune ergothérapeute a les connaissances théoriques utiles qu'il devra adapter lors d'une intervention à domicile. De plus, il peut s'appuyer sur de nombreux exemples de bonnes pratiques, fondées sur des résultats de la recherche.
- Concernant l'intervention au domicile, les experts insistent sur les **problèmes liés aux coûts des soins**. Les experts soulignent en particulier que le cadre légal pour intervenir au domicile est aujourd'hui trop restrictif à leurs yeux.

L'ergothérapie et le cadre de référence de ses pratiques selon le groupe d'experts :

L'intervention au domicile implique une approche systémique ou bio-psycho-sociale du patient-partenaire considéré dans son environnement global et multidimensionnel (lieu de vie le plus intime, entourage professionnel et familial, dimensions physique, psychique notamment).

L'ergothérapeute intervenant à domicile prend en compte le milieu de la personne pour l'adapter le plus finement possible à ses capacités motrices, mentales et cognitives, mais aussi spirituelles et affectives selon le modèle bio-psycho-social. Par ses actions et en partenariat avec la personne, il contribue à ce que la personne **se sente bien chez elle** (adaptation de son environnement en fonction de ses souhaits, malgré la difficulté/l'impossibilité à se déplacer, le risque de chute etc.) et **en sécurité** (modification de son environnement de manière à éviter des événements indésirables tels des accidents domestiques, les chutes, etc.). L'ergothérapeute tient compte et agit sur de multiples dimensions dans le processus d'accompagnement : aspect psychoéducatif, mnésique, psychosocial, gestion du mode de vie et du coping (émotionnel et situationnel) à partir de la fonctionnalité. Les médias seront propres à l'ergothérapie.

L'intervention à domicile suppose donc un travail d'éducation thérapeutique et d'accompagnement spécifique multidimensionnel et négocié. Il fait en sorte que la personne puisse réaliser des activités qui ont du sens pour elle, qu'elle continue à les réaliser ou peut à nouveau les réaliser ou trouver des alternatives qui répondent à ses souhaits. Un élément central est ici **l'activité porteuse de sens**, qui signifiera quelque chose de différent pour chaque personne âgée. Il s'agit d'un élément proche de l'aspect social. Les activités réalisées peuvent contribuer à avoir des contacts sociaux satisfaisants pour la personne et une participation satisfaisante, et vice versa. Il faut donc que l'intention et le plan d'intervention soient '**centrés sur la personne**'.

Réflexions du groupe d'experts sur le cadre de référence 'goal-oriented care' et le modèle bio-psycho-social dans la pratique de l'ergothérapeute auprès de la personne :

- Les experts soulignent que les **cadres paradigmatiques de la profession** ont beaucoup évolué. D'une approche historique classique fonctionnelle, les ergothérapeutes développent aujourd'hui leurs pratiques dans un cadre « bio-psycho-social » ou « bio-psycho-socio-spirituel-écologique » basés sur une approche multidimensionnelle du milieu et de la personne qui est appréhendée comme un partenaire. De cette approche découle deux points dans la **pratique de l'ergothérapeute** importants que les experts soulignent :

1/Cette approche de la **personne vue comme un partenaire** est une dimension essentielle de la pratique de l'ergothérapie aujourd'hui : les objectifs sont fixés ensemble dans une perspective de « goal-oriented care » qui doivent être porteurs de sens pour la personne. L'ergothérapeute répond d'abord aux **souhaits de la personne**, et identifie ses besoins, ainsi que **le sens** que cela a pour la personne soignée.

2/Dans le cadre de **référence « bio-psycho-social »** (dont s'inspire l'ICF³¹) : l'ergothérapeute utilise sa capacité analytique pour déterminer les causes sous-jacentes du problème de fonctionnement (où la pathologie est aussi prise en compte). Il cible donc également les problèmes de comportement/de fonctionnement ; ce qui se passe, indépendamment de la pathologie également.

Dans ce cadre de référence, l'utilisation de la classification en AVQ et AIVQ apparait dans ce contexte restrictive car elle fait perdre de vue d'autres activités sur lesquelles l'ergothérapeute travaille comme les loisirs.

- Le point fort de l'ergothérapeute se situe plutôt dans le domaine du '**goal-oriented care**'. L'ergothérapeute est en mesure de pouvoir fixer rapidement et de manière efficiente, des objectifs importants pour la personne et son entourage. Les objectifs sont toujours liés au fonctionnement de la vie quotidienne et, par cela, très pertinents pour la personne et son entourage. Les personnes âgées préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible, en ayant une autonomie maximale, afin de garantir une bonne qualité de vie. Lorsque le prestataire de soins met l'accent sur l'agir au quotidien, il devra prendre en compte les domaines bio-psycho-sociaux. Le fonctionnement au quotidien est le résultat complexe de compétences et fonctions sous-jacentes. Les problèmes de fonctionnement peuvent avoir pour origine des problèmes physiques, cognitifs, mentaux et ou de personnalité, mais également des problèmes liés à l'environnement (matériel, social ou de ressources). Ceci renvoie aussi à la connaissance qu'a l'ergothérapeute (entre autres) sur l'ICF. Pouvoir analyser les **causes sous-jacentes des déficiences** est un des points forts de l'ergothérapie. Pouvoir agir sur ces causes également, bien qu'il soit nécessaire de référer vers d'autres professionnels – après analyse.

³¹ ICF= l' International Classification of Functioning, Disability and Health de l'OMS (2001).

Compléments des experts concernant la pratique de l'ergothérapeute auprès des aidants (in)formels et de l'aidé

- La (psycho)éducation des aidants informels est très importante. Il faut néanmoins veiller à ce que l'aidant informel ne soit pas submergé, notamment par les interventions d'ergothérapie. Elle nécessite du temps.
 - Chaque discipline a pour tâche de partager son expertise qui lui est propre avec d'autres, dans le cadre d'une vraie collaboration interprofessionnelle, en gardant ses limites professionnelles. L'ergothérapeute travaille toujours dans un contexte interdisciplinaire avec d'autres professionnels.
 - **Son rôle dépasse le domaine fonctionnel** : comportement, évaluation du réseau, création du réseau, activités de répit, orientation etc. D'autant plus que **la demande émane souvent de l'aidant**.
 - Empowerment de la personne âgée et de son entourage, de manière à se rendre redondant
 - P.ex. profil 1 et 2 : une seule visite peut suffire. Il peut être nécessaire de répéter des trajets courts
 - Dans l'étude concernant l'ergothérapie à domicile, les résultats des projets du premier appel a montré qu'il est **possible d'avoir un effet positif, même avec un nombre d'interventions limitées. Il n'est cependant pas possible d'entamer une revalidation complète avec le nombre de visites proposées** dans la plupart des projets d'ergothérapie du Protocole 3.
- Sur les aspects préventifs pour les professionnels qui anticipent la fragilité mais pour des personnes âgées qui ne sont pas encore dépendantes en termes d'AVQ et AIVQ :
 - Pour quelques situations précises : la prévention des chutes ;
 - Si première chute : efficacité de l'aménagement du domicile ;
 - Pour quel profil à risque ?
 - Risque inverted care law si aspect préventif.
- P.ex. pour une personne dépendante qui a déjà une aide-soignante, il faut partir des capacités résiduelles de la personne pour faire sa toilette. Il est important de former cette aide-soignante et cela prend du temps.
- Lien avec les cliniques de la mémoire : non mentionné par les projets Protocole 3 ; qui remplissent une fonction de référence. Les cliniques de la mémoire sont une inspiration possible. Elles peuvent réaliser 20 interventions par an, dont une partie obligatoirement à domicile.

Quelles sont les compétences nécessaires pour exercer cette fonction ?

Il faut être ergothérapeute, avoir quelques années d'expérience dans son métier; être au moins motivé par les spécificités liées aux personnes âgées et posséder, acquérir les compétences transversales suivantes :

- Autonomie et proactivité
- Identifier et évaluer les besoins
- Comprendre le refus d'aide ou/et de soins
- Accompagner la personne dans les changements de ses routines et de son environnement
- Ecoute active
- Etablir un bon contact avec la personne âgée et son aidant pour créer un climat de confiance
- Travailler en équipe et en relation permanente avec les autres intervenants au domicile mais aussi pouvoir travailler seul.
- Sensibiliser le patient, ses proches et les professionnels à l'autonomie
- Pédagogie
- Pouvoir résoudre des problèmes et la créativité
- Fixer des priorités
- Evaluer et suivre les soins
- Ré adaptation du plan d'interventions le cas échéant