

# Le domicile en ligne de mire

**Rahel Schmidiger, Isabel Steiner, Daniela Senn** Que se passe-t-il après un séjour en réadaptation suite à un AVC? Est-ce que la personne concernée va s’y retrouver dans son environnement quotidien? Des visites de domicile avant la sortie donnent une idée à l’ergothérapeute sur l’environnement physique et social, et sur la façon dont ces éléments influencent la performance occupationnelle de la personne concernée. Des mesures centrées sur les client·e·s peuvent être ainsi prises en vue de la sortie. Du point de vue des ergothérapeutes, quels éléments parlent en faveur ou contre les visites de domicile, et que cela signifie-t-il pour la pratique?

L’ergothérapeute Céline Schmid<sup>1</sup> se trouve dans une impasse avec sa cliente qui a fait un AVC six semaines avant. Après l’entraînement à la cuisine, Mme M. n’a pas conscience de ses déficits en matière de sécurité et de planification des actions. Elle part toujours du principe que chez elle, dans sa propre cuisine, elle pourra cuisiner sans aucun problème et pense que ses problèmes ne sont venus que du fait que ce n’était pas sa cuisine. En outre, Céline Schmid a des difficultés pour évaluer la situation dans la salle de bains de Mme M. à son domicile. La petite salle de bains dans son appartement est équipée d’une baignoire assez haute. Il n’y a pas de baignoire similaire dans la clinique pour pouvoir essayer. Mme M. arrive à se doucher seule dans la douche sans seuil de la clinique grâce à un tabouret. L’ergothérapeute n’est pas sûre que la salle de bains offre suffisamment de place pour utiliser un rollator. Toutes ces réflexions conduisent à la conclusion qu’une visite de domicile pendant la réadaptation à l’hôpital serait nécessaire. Mais les ressources en temps, en personnel et en véhicules font défaut dans la clinique. S’ajoute à cela que le financement de cette mesure coûteuse n’est pas clair. Un déroulement standardisé, qui aiderait l’ergothérapeute dans son projet, n’existe pas dans la clinique.

## Une transition critique

En Suisse, environ 16 000 personnes sont victimes d’un AVC chaque année (Meyer et al., 2009). Un tiers des survivant·e·s retourne sans limitation dans son environnement quotidien, un tiers gère le quotidien avec une autonomie limitée et le tiers restant est dépendant de soins sur le plus long terme (Hacke, 2016). Pour les personnes ayant fait un AVC, le processus de transition entre l’hôpital et le domicile constitue une phase critique (Miller et al., 2019). Selon la directive AVC de la société allemande de médecine générale (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM) (Mader & Schwenke, 2020), les personnes concernées connaissent

de nombreuses difficultés lorsqu’elles rentrent à leur domicile pour gérer le quotidien et dans l’accomplissement des soins personnels. Par ailleurs, des problèmes peuvent survenir en raison de la situation du logement. Ces défis nous sont familiers par nos expériences pendant notre activité clinique ainsi qu’au travers des échanges avec des personnes ayant fait un AVC. Les

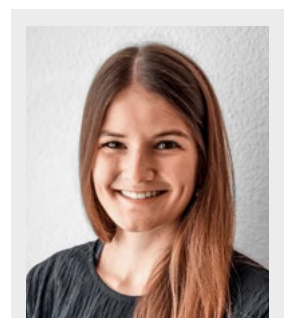
Les visites de domicile nécessitent des compétences avancées de raisonnement professionnel.

visites de domicile avant la sortie d’hôpital sont abordées dans la littérature comme moyen d’améliorer le processus de sortie. La visite de domicile se fait dans l’environnement physique et social de la personne concernée, évalue les diffi-

cultés et les ressources, et doit ainsi contribuer à la mise en place d’un processus thérapeutique centré sur la clientèle (KirchnerHeklau et al., 2021). Nous avons toutefois observé que, dans la pratique, les visites de domicile ont rarement eu lieu. Pourquoi ce grand écart entre la pratique et la théorie? Afin de mieux comprendre les arguments sur la visite de domicile, nous avons axé notre travail de bachelor sur le raisonnement professionnel de Feiler (2019) en ergothérapie.

## Recherche bibliographique systématique

Une recherche bibliographique systématique a permis d’aborder la problématique «Dans quelle mesure le raisonnement professionnel guide-t-il les ergothérapeutes lors des visites de domicile avant le retour à domicile, pendant la prise en charge hospitalière de l’AVC?» L’objectif était de mettre en évidence le raisonnement professionnel des ergothérapeutes ainsi que la définition de recommandations pratiques grâce aux conclusions tirées. Les cinq études suivantes ont servi de base à la discussion et aux conclusions y afférentes: Atwal et al. (2014), Davis und Mc Clure (2019), Drummond et al. (2012), Godfrey et al. (2019), Whitehead et al. (2014). Les conclusions ont été classées selon les formes de raisonnement de Feiler (2019), mentionnées entre parenthèses dans les développements suivants.



**Rahel Schmidiger**  
Ergothérapeute BSc  
rahel.schmidiger@gmx.ch



**Isabel Steiner**  
Ergothérapeute BSc  
isi.steiner@hotmail.com

**Daniela Senn**

MScOT, enseignante et responsable de module du travail de bachelor à la ZHAW  
daniela.senn@zhaw.ch

### L'utilité des visites de domicile

Dans toutes les études passées en revue, les ergothérapeutes soulignent l'importance des visites de domicile avant la sortie, et évoquent leurs nombreuses utilités. Considérant que les personnes ayant fait un AVC se comportent autrement dans leur domicile qu'en milieu hospitalier, la visite de domicile est utilisée pour porter un regard sur les modifications de performance occupationnelle à domicile (raisonnement conditionnel). L'amélioration de certains aspects de sécurité en raison de déficiences physiques ou cognitives dues au tableau clinique est citée dans toutes les études comme une raison importante pour réaliser une visite de domicile (raisonnement scientifique). En cas de handicaps physiques, les visites ont pour but de réduire le risque de chute, sécuriser les accès (Godfrey et al., 2019) et d'adapter l'environnement en conséquence (Whitehead et al., 2014). C'est aussi le moyen de réaliser avant la sortie une confrontation à la réalité dans un contexte sécurisé, où il est possible de canaliser les sentiments négatifs tels que la peur et le stress (raisonnement interactif) (Atwal et al., 2014; Davis & Mc Clure, 2019). Les visites de domicile permettent également de tirer des conclusions pour la suite du processus thérapeutique. Les objectifs occupationnels ainsi adaptés sont généralement mieux suivis par les personnes concernées que s'il n'y a pas eu de visite de domicile préalable (Godfrey et al., 2019).

### Obstacles pragmatiques

Toutes les études se rejoignent sur l'existence d'obstacles pragmatiques lorsque sont menées des visites de domicile dans un contexte hospitalier. Des facteurs pragmatiques tels que la pression du temps, le manque de ressources en personnel et la charge administrative élevée pour la préparation et le suivi ont une grande influence sur la décision de réaliser ou non des visites à domicile. Dans trois des cinq études, les réflexions pragmatiques mènent souvent à la conclusion que les visites de domicile ne sont pas menées (Atwal et al., 2014; Drummond et al., 2012; Godfrey et al., 2019). En outre, le financement peut constituer un réel défi pour les institutions en Suisse (cf. encadré, p. 37). L'analyse des diverses études révèle un dilemme éthique: d'un côté des facteurs pragmatiques qui ne semblent pas être modifiables autour de la visite de domicile, de l'autre, le grand bénéfice pour les client-e-s ainsi que pour le traitement ergothérapeutique (raisonnement éthique).

### Défis pour les débutant-e-s

Les études montrent à quel point les visites de domicile sont complexes. Il est donc compréhensible que ce processus requière des professionnel-le-s des compétences avancées en matière de raisonnement professionnel. Les débutant-e-s dans la profession ont du mal à inclure tous les facteurs déterminants dans leur rai-



La visite de domicile est un moyen de réaliser une confrontation à la réalité dans un contexte sécurisé.

### FRAGILE SUISSE: PROJET «UN GUIDE À VOS CÔTÉS»

Après un séjour intense en hôpital ou en clinique de réadaptation, les personnes touchées par une lésion cérébrale ainsi que leurs proches sont content-e-s de retrouver leur foyer. Mais beaucoup de choses sont incertaines et se pose la question de savoir si tout sera pareil qu'avant la lésion cérébrale. Le quotidien rappelle vite aux personnes concernées et à leur entourage tous les obstacles présents au domicile. C'est justement là qu'intervient le projet de FRAGILE Suisse «Un guide à vos côtés» (cantons de BL, BS, AG et région Thierstein/Dorneck, ville de Berne). L'offre comprend un conseil et un soutien aux personnes concernées et à leurs proches pour toutes les questions et préoccupations qui surgissent au domicile. Toutes les situations de vie sont abordées et des possibilités d'aide sont proposées. L'objectif est de permettre aux personnes concernées de continuer de mener leur vie avec la plus grande indépendance et autodétermination possible. Le meilleur moment pour une première prise de contact avec le «guide», à savoir l'assistant-e social-e de FRAGILE Suisse, est la deuxième moitié du séjour en réadaptation.

En règle générale, les personnes concernées suivent encore des traitements après leur séjour, en ergothérapie par exemple. Le triage proposé par l'offre de guide peut aussi être réalisé par l'ergothérapeute dans un contexte ambulatoire. La collaboration interdisciplinaire joue un rôle central pour que les personnes concernées puissent bénéficier de bons moyens auxiliaires et de soutien pour une gestion optimale de leur quotidien. Chaque professionnel-le voit des obstacles et des solutions différentes. Ensemble, il est possible de reconnaître plus rapidement les problèmes et de trouver souvent de bonnes solutions. L'échange entre les professionnel-le-s est essentiel à un bon suivi et au soutien des personnes concernées et à leurs proches.

Le projet «Un guide à vos côtés» est actuellement financé par des fondations et des donateur-riche-s. Plus d'informations sur le projet ainsi que sur les offres de FRAGILE Suisse sur [fragile.ch](http://fragile.ch)

sonnement (Godfrey et al. 2019). Les facteurs pragmatiques les guident plus que leurs collègues ayant une expérience professionnelle (Mitchell & Unsworth, 2005).

## Conclusions pour la pratique

Les conclusions obtenues ont permis, dans le cadre du travail de bachelor, de tirer quelques recommandations pour la pratique. Il est clairement nécessaire de réduire les obstacles pragmatiques. Cela est notamment possible grâce à une procédure structurée utilisant des instruments standardisés (Davis & Mc Clure, 2019; Godfrey et al., 2019). L'utilisation de ces instruments tels que des check-lists, des évaluations et des modèles de documentation pourrait diminuer la charge de travail, faciliter la prise de décision et offrir une structure aux débutant-e-s. En outre, des alternatives aux visites de domicile, telles que l'utilisation de moyens numériques comme des photos, des vidéos ou la réalité virtuelle, peuvent être utilisées dans la pratique pour appréhender la situation à domicile sans devoir se rendre sur place (Bishop & Brott, 2020; Threapleton et al., 2017). Ces techniques ne sont toutefois pas toujours applicables chez les personnes ayant fait un AVC, en raison de leurs déficiences cognitives ou physiques (Threapleton et al., 2017). La possibilité de rentrer à la maison pour le week-end offre également une opportunité de saisir le vécu et les actions des personnes concernées à leur domicile. Au moyen de tâches ciblées et d'un débriefing approfondi, ces retours peuvent être mieux intégrés dans la thérapie (Cameron et al., 2014). Il serait aussi possible de diminuer la charge de travail en milieu hospitalier en mettant en place des visites de domicile après le séjour hospitalier dans le cadre d'une ergothérapie ambulatoire avec traitement à domicile (Godfrey et al., 2019; Whitehead et al., 2014). Se pose toutefois la question si cela ne consiste pas en un déplacement du manque de ressources vers le milieu ambulatoire. L'intervention précoce de centres de compétence et d'organisations de patient-e-s tels que FRAGILE Suisse améliore durablement les conditions de sortie (Davis & Mc Clure, 2019). Ces derniers aident à la coordination et l'accompagnement de la transition au domicile. FRAGILE Suisse a lancé sur ce thème un projet «Un guide à vos côtés» (cf. encadré, p. 36).

En conclusion, il semble important que les ergothérapeutes soient conscient-e-s de l'écart qu'il existe entre les facteurs pragmatiques et de l'utilité des visites de domicile. Une réflexion sur sa propre pratique devrait inciter à fonder davantage de décisions sur l'utilité des visites à domicile et donc en faveur d'une approche centrée sur les client-e-s, même si cela engendre un surplus de travail. Nous en venons donc à la conclusion que des compétences avancées de raisonnement professionnel sont nécessaires. Afin de soutenir les débutant-e-s dans cette démarche, il peut être utile de les initier attentivement en facilitant les échanges, les supervisions et l'observation de professionnel-le-s expérimenté-e-s (Jeffery et al., 2021). Ceci permettra aux débutant-e-s de développer durablement des compétences solides en matière de raisonnement

professionnel et de mener des visites de domicile en intégrant tous les facteurs déterminants.

## Limitations

Les études incluses proviennent de divers pays présentant un contexte sociodémographique similaire à celui de la Suisse. Cependant, un transfert vers le contexte suisse n'est que partiellement possible en raison des différences de systèmes de santé. En outre, les études n'analysent pas uniquement le raisonnement professionnel dans le cadre de visite de domicile de personnes après AVC mais également de personnes présentant d'autres tableaux cliniques.

<sup>1</sup> Les noms et la situation sont fictifs.

## Bibliographie

En ligne sous [ergotherapie.ch](http://ergotherapie.ch) > Zone pour les membres > PR + Médias > Journal

## OBSTACLES ADMINISTRATIFS

Comme mentionné dans l'article, le financement des visites de domicile pendant un traitement hospitalier peut poser problème. Du côté de l'ASE, nous souhaitons signaler brièvement ici ce à quoi il faut faire attention: d'un point de vue administratif, l'interface entre la prise en charge hospitalière et en ambulatoire des client-e-s pose certains problèmes car les prestations ergothérapeutiques hospitalières et ambulatoires ne peuvent pas être facturées simultanément aux client-e-s.

Les visites de domicile des client-e-s réalisées par des ergothérapeutes employé-e-s par l'hôpital sont facturées par la clinique/l'hôpital. Ceci ne pose pas de problème administrativement mais n'est souvent pas possible en raison du manque de ressources (en personnel, financières). C'est pourquoi l'hôpital/la clinique mandate souvent des ergothérapeutes externes pendant que les patient-e-s sont encore à l'hôpital (p. ex. en cas de grande distance entre le domicile et la clinique). Or une prestation ambulatoire réalisée durant un séjour en hôpital ne sera pas prise en charge par les assurances-maladie. Ainsi, les ergothérapeutes externes devraient directement convenir d'un accord avec la clinique pour ce mandat. Cette démarche étant souvent complexe, cela aboutit dans la plupart des cas soit à ce que la prestation ambulatoire ne soit pas couverte, soit à ce que la visite de domicile ne soit pas effectuée.

L'ASE abordera de nouveau ce sujet avec les assureurs-maladie santésuisse et curafutura. L'objectif est par exemple que les visites de domicile pendant un séjour hospitalier puissent être prescrites via l'assurance-maladie. Nous vous informerons lorsqu'une solution aura été trouvée.

Andrea Petrig, responsable spécialisée de l'ASE  
Andri Cavegn, Comité central de l'ASE

**Le travail de bachelor (en allemand) est consultable ici:**  
Schmidiger R. & Steiner I., (2022), Das Zuhause im Fokus: professionelles Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen während der stationären Schlaganfallversorgung | ZHAW digitalcollection <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/26106> ou via le code QR:

