



SIÈGE :
64 rue Nationale
CS 41362
75214 PARIS CEDEX 13
Tél./Fax : **01 45 84 30 97**
Mail : accueil@anfe.fr

SFC SERVICE FORMATION
CONTINUE :
64 rue Nationale
CS 41362
75214 PARIS CEDEX 13
Tél : **01 45 84 33 21**
Mail : sfc.secretariat@anfe.fr

Données probantes en ergothérapie



Données probantes en ergothérapie

La santé et le bien-être sont intimement liés à la capacité d'une personne de participer aux activités normales de la vie (soins personnels, déplacement, travail, études, loisirs). Une rupture ou un changement dans les capacités à agir et s'adonner à ses activités peut entraîner une plus grande dépendance, un manque de confiance en soi et sentiment dépressif. Il a également été démontré que l'amélioration ou le maintien de l'autonomie et de la capacité d'une personne de faire des choix et de gérer ses activités de la vie quotidienne augmentent sa productivité personnelle et sa satisfaction envers la vie.

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. »

Arrêté du 5 juillet 2010, Annexe 1

Ainsi, les ergothérapeutes sont des experts dans l'analyse de l'activité et du bien-être. Ils travaillent aux côtés des personnes afin de développer leurs compétences et maximiser leur qualité de vie, réduire leurs besoins de soutien et augmenter leur indépendance et leur autonomie.

De nombreuses études internationales permettent aujourd'hui d'établir l'efficacité de l'ergothérapie auprès des personnes devant faire face aux conséquences de problèmes de santé et aux exigences des activités de la vie quotidienne, notamment en milieu ordinaire de vie. Il s'agit aujourd'hui d'un service de santé essentiel.

Ce document a été réalisé en direction des ergothérapeutes pour leur fournir les clés d'une pratique probante, mais également pour faciliter la réflexion des institutions et des structures désireuses de fournir des soins de qualité aux usagers.

Document réalisé par

Eric Trouvé
Jean-Michel Caire
Delphine Dechambre
Stéphanie Heddebaut
Hadj Kalfat
Tracey Rehling

Gwénaëlle Lefèvre
Guillaume Pelé
Frédérique Poncet
Cécile Dufour
Marie Palu

SOMMAIRE

- L'ergothérapie aide au rétablissement des victimes d'AVC
- L'ergothérapie aide les personnes victimes de traumatismes crâniens
- L'ergothérapie aide les personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde
- L'ergothérapie aide les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants
- L'ergothérapie prévient efficacement la survenue des chutes
- L'ergothérapie favorise le développement des compétences motrices, sensorielles et cognitives de l'enfant
- L'ergothérapie améliore le processus sensoriel et les compétences motrices pour l'autonomie des personnes avec autisme
- L'ergothérapie permet de recouvrer les gestes et activités de la vie quotidienne
- L'ergothérapie permet de concevoir des environnements adaptés, accessibles, évolutifs et sécuritaires et de préconiser adéquatement les aides techniques et assistances technologiques
- L'ergothérapie favorise une meilleure installation et un positionnement adapté de la personne à mobilité réduite
- L'ergothérapie prévient et réduit les admissions inutiles à l'hôpital
- L'ergothérapie maximise les conditions de retour à domicile après hospitalisation
- L'ergothérapie permet d'ajuster le recours aux services de soins à domicile

L'ergothérapie aide au rétablissement des victimes d'AVC

Les ergothérapeutes sont des experts dans l'analyse de l'activité et du bien-être. Ils travaillent aux côtés des personnes afin de développer leurs compétences et maximiser leur qualité de vie, réduire leurs besoins de soutien et augmenter leur indépendance et leur autonomie.

Les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (Lindsay, 2008) préconise « *une équipe interdisciplinaire de base comprenant du personnel de niveaux appropriés de compétences dans les domaines suivants : médecine, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, travail social et nutrition clinique.* » Des études, y compris sur les personnes âgées, montrent l'importance d'une approche multidisciplinaire dans les unités des soins spécialisées AVC (Gillespie, 2001).

Après une évaluation complète et la pose d'un diagnostic, l'intervention en ergothérapie comprend l'établissement d'objectifs avec le patient et l'aidant, puis le développement d'un programme d'interventions spécifiques visant à obtenir le maximum de capacité fonctionnelle, l'amélioration des activités fonctionnelles de la vie quotidienne, (ex. : se laver, s'habiller, faire la cuisine, manger et boire), la gestion de la spasticité par le biais d'appareillage, la posture et le positionnement, les capacités cognitives et perceptuelles, et la préconisation d'aides techniques et d'adaptations du logement.

Éléments de pratique probante :

Selon une étude internationale publiée par le *British Medical Journal*, l'ergothérapie en phase précoce peut améliorer l'indépendance des patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral et réduire les risques de détérioration et de décès (cité par Mazaux, 1995).

L'amélioration des compétences fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne et les activités de loisirs après traitement ergothérapeutique a été prouvée dans de nombreuses études (Walker, 2004, Steultjens, 2003 ; Legg, 2006 ; Richards, 2005).

Des essais randomisés menés par l'Université de Nottingham indiquent que les patients qui suivent de l'ergothérapie accèdent à plus d'indépendance que ceux qui n'ont pas ce type de suivi. (Drummond, 2007). Une autre étude sur 10 essais randomisés comprenant 1348 participants (Royaume-Uni, Canada Hong-Kong) a évalué les programmes en ergothérapie visant à améliorer les compétences des soins personnels. Les chercheurs constatent que les patients qui ont reçu un traitement en ergothérapie en complément des autres traitements étaient plus indépendants au niveau de l'alimentation, de l'habillement, de la toilette et dans les déplacements que ceux qui ont reçu un traitement classique de rééducation. De plus cette population était moins sujette au décès prématuré (Legg, 2006).

Des essais ont étudié l'intensité de traitements kinésithérapiques et d'ergothérapiques conjugués à raison de 40 min en moyenne par jour et par discipline. Bien que l'hétérogénéité des interventions puisse amener des biais de sélection, les résultats montrent qu'il existe un bénéfice plus important au niveau récupération motrice pour l'hémiplégique lorsqu'il y a une intervention coordonnée pluridisciplinaire. (Walker, 1999 ; Corr, 1995 ; Logan, 1997 ; Langhorne, 1997 ; Kwakkel, 1997 ; Parker, 2001).

Par ailleurs, des revues systématiques de haute qualité soulignent l'importance d'une éducation de tout le personnel pour le positionnement du patient hémiparétique. Cette éducation dans les revues est prise en charge notamment par les ergothérapeutes. (Partridge, 1990 ; Inaba, 1972 ; Leandri, 1990 ; Linn, 1999 ; Chartraine, 1999 ; Hanger, 2000).

La complémentarité des ergothérapeutes, des neuropsychologues et des orthophonistes dans le domaine de l'exploration et du traitement des conséquences des troubles cognitifs dans le quotidien est mise en évidence dans de nombreux écrits (Pradat-Diehl, 2006).

Au niveau du traitement des conséquences des troubles cognitifs sur le quotidien, les travaux de J.P. Toglia présentent un abord original en ergothérapie. Ils ont abouti à la création du modèle dynamique interactionnel de la cognition (Dynamic interactional model of cognition - Toglia, 1992, 1998). Ce modèle est la base d'une approche de traitement multicontextuel où Toglia met en application les notions de transfert et de généralisation dans un cadre de vie habituel ou artificiel. Par exemple, P. Azouvi montre l'intérêt d'une approche écologique et ergothérapique dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de négligence spatiale (Azouvi, 2006 ; Bergego *et al.*, 1995).

Comme le souligne l'étude anglaise de Patterson (2001) ayant questionné 265 services d'ergothérapie au Royaume Uni, les expertises à domicile sont une pratique courante des ergothérapeutes (65 %). De nombreuses études démontrent l'influence positive de l'intervention environnementale des ergothérapeutes dans divers domaines du handicap chez les cérébro-lésés (Lannin, 2007 ; Gilbertson, 2000 ; Cumming, 2001). Logan (2004) démontre une amélioration de la mobilité des patients ayant bénéficié d'aménagements du domicile par un ergothérapeute. Les ergothérapeutes aident les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral à gérer leur retour à domicile et ce dans tous les domaines de la vie quotidienne (Legg, 2007) et à renouer avec leur réseau social (Logan, 2004).

Une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portant sur les services d'ergothérapie accompagnant la sortie d'hôpital d'une personne ayant subi un AVC a permis de démontrer que les personnes ayant reçu des traitements étaient moins réadmis à l'hôpital pendant l'année suivant l'hospitalisation (Corr, 1995).

Une étude britannique rapporte que des services d'ergothérapie individualisés ayant une composante pour rehausser la participation aux activités de loisirs chez les personnes ayant reçu leur congé d'une unité pour le traitement d'un AVC, ont entraîné une plus grande mobilité, énergie et santé psychologique (Drummond, 1996).

Une revue de littérature de Cochrane sur 14 études à échantillon aléatoire et contrôlé a permis de conclure que les services de rééducation à domicile pour les personnes se remettant d'un AVC permettent de réduire ou de freiner la perte d'autonomie et d'améliorer les habiletés pour les soins personnels (Outindivual, 2003).

Dans une étude britannique sur échantillon aléatoire et contrôlé sur des services d'ergothérapie intensifs à domicile pour les personnes ayant été hospitalisé pour un AVC, les personnes ayant reçu rapidement des services intensifs d'ergothérapie à domicile (moyenne de 6 visites sur une période de 4 mois) ont amélioré leur mobilité et leur participation à des activités de loisir après 3 mois de suivi. Ces personnes étaient plus autonomes pour les habiletés de gestion du domicile que les personnes ayant reçu une moyenne de 2,5 visites sur une période de 1,6 mois. Le fardeau de l'aidant a également été réduit après 6 mois de suivi, par rapport à des personnes ayant reçu des services moins intensifs (Logan, 1997).

Au-delà de la motricité, l'impact de l'action de l'expertise du domicile et des mises en situation dans le lieu de vie est significatif dans la sphère cognitive. L'action sur l'environnement de l'ergothérapeute, sur le patient et sur les aidants apporte une amélioration des capacités instrumentales (IADL) (Gitlin, 2001 ; 2003).

Une revue sur la revalidation à domicile après AVC a été effectuée sur un total de 1617 patients retenant 14 études (Legg, 2004). Les auteurs concluent que le traitement combiné de kinésithérapie, d'ergothérapie et de thérapie multidisciplinaire pour les patients résidents à domicile améliore leurs possibilités d'autonomie et réduit le risque de détérioration de ces possibilités.

Une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portant sur un programme d'ergothérapie de courte durée à l'intention de personnes retournant à la maison après avoir subi un AVC, montre, après un suivi de huit mois, une amélioration des activités de base de la vie quotidienne chez plus d'individus que ceux qui n'ont pas reçu de traitement d'ergothérapie. Les personnes victimes d'un AVC ont amélioré leur rendement occupationnel après avoir suivi un programme d'ergothérapie à domicile comprenant 10 visites de 30 à 45 minutes (Gilbertson, 2000).

Une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portant sur les services d'ergothérapie à domicile montre que les capacités fonctionnelles des personnes ayant subi un AVC ayant été suivies pendant un an étaient moins réduites et que ces personnes étaient plus autonomes dans les activités liées aux soins personnels que les personnes n'ayant pas été traitées (Walker, 2001).

Dans une étude menée à Montréal, une moyenne de 4 visites en ergothérapie offrant du soutien à des personnes ayant récemment reçu leur congé de l'hôpital à la suite d'un AVC a entraîné l'acquisition de meilleures habiletés pour la gestion du domicile et la réintégration sociale, comparativement à des personnes qui n'ont pas reçu ce service (Mayo, 2000).

Une étude britannique rapporte que les soins apportés aux personnes ayant subi un AVC recevant des services à domicile suite à leur congé précoce de l'hôpital sont d'approximativement 8 % moindre que les soins reçus à l'hôpital. Ces personnes ont reçu plus de traitements et de services à la personne et étaient plus satisfaites des soins reçus. En moyenne, les personnes ayant reçu un congé précoce ont eu 17 visites à domicile en ergothérapie, de même que l'équivalent de 3,3 visites en soins indirects (Beech, 1999).

Dans une étude britannique portant sur des personnes ayant subi un AVC et ayant reçu des services complets de réadaptation comprenant des services d'ergothérapie à domicile mais n'ayant pas été admises à l'hôpital, on observe une réduction de l'anxiété, de la dépression et du fardeau de l'aidant (Wolfe, 2000).

Bénéfices

Les adaptations de logement réduisent la nécessité de visites quotidiennes et réduisent ou suppriment les coûts des soins à domicile (1380€ à 33500 en Grande Bretagne par an selon Heywood *et al*, 2007). Une étude australienne démontre une réduction positive des coûts associés aux soins intensifs et une amélioration de la satisfaction de la personne lorsque le congé est accompagné d'un suivi en ergothérapie, chez des personnes admises pour un AVC ou une perte d'autonomie (Brandis, 1999).

Références

- ⇒ Azouvi, P. (2006). Evaluation de la négligence spatiale en vie quotidienne. In *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris, Springer-Verlag, 17- 24.
- ⇒ Bergego, C., Azouvi P., Samuel *et al.* (1995). Validation d'une échelle d'évaluation fonctionnelle de l'héminégligence dans la vie quotidienne : l'échelle CB, *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 38, 183-189.
- ⇒ Brandis, S. (1999). Use of contract occupational therapy services to facilitate early discharge from hospital [corrected] [published erratum appears in Australian Occupational Therapy Journal, 46, 76], *Australian Occupational Therapy Journal*, 1998, 45, 131-138.
- ⇒ Chartraine, A., Baribeault, A., Uebelhart, D., Gremion, G. (1999). Shoulder pain and dysfunction in hemiplegia : effects of functional electrical stimulation, *Arch Phys Med Rehabil*, 80, 328-31.
- ⇒ Corr, S., Bayer, A. (1995). Occupational therapy for stroke individuals after hospital discharge - a randomized controlled trial, *Clinical Rehabilitation*, 9, 291-296.
- ⇒ Cumming, R.G. (2001). Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention, *Am J Occup Ther*, 55(6), 641-8.
- ⇒ Drummond, A. Walker, M. (1996). Generalization of the effects of leisure rehabilitation for stroke individuals, *British Journal of Occupational Therapy*, 59,330-334.
- ⇒ Beech, R. (1999). Economic Consequences of early individual discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital, *Stroke*, 30, 729-735.
- ⇒ Gilbertson, L., Langhorne, P., Walker, A., Allen, A., Murray, G.D. (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital : randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 320(7235), 603-606.
- ⇒ Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G., Rowe B.H. (2001). *Interventions for preventing falls in elderly people* (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 3, Oxford : Update Software.
- ⇒ Gitlin, L.N. (2001). A randomised control trial of a home environmental intervention : effect on efficacy and upset in caregivers and daily function of persons with dementia, *Gerontologist*, 41(1), 4-14.
- ⇒ Hanger, H.C., Whitewood, P., Brown, G., Ball, M.C., Harper, J., Cox, R. *et al.* (2000). A randomized controlled trial of strapping to prevent post-stroke shoulder pain, *Clin Rehabil*, 14, 370-80.
- ⇒ Heywood, F. *et al.* (2007). Better outcomes, lower costs. London, The Stationery Office.
- ⇒ Inaba, M., Piorkowski, M. (1972). Ultrasound in treatment of painful shoulders in patients with hemiplegia, *Phys Ther*, 52, 737-42.
- ⇒ Kwakkel, G., Wagenaar, R.C., Koelman, T.W., Lankhorst, G.J., Koetsier, J.C. (1997). Effects of intensity of rehabilitation after stroke. A research synthesis, *Stroke*, 28, 1550-6.
- ⇒ Langhorne, P., Wagenaar, R., Partridge, C. (1996). Physiotherapy after stroke : more is better ? *Physiothe Res Int*, 1, 75-88.
- ⇒ Leandri, M., Parodi, C.I., Corrieri, N., Rigardo, S. (1990). Comparison of TENS treatments in hemiplegic shoulder pain, *Scand J Rehabil Med*, 22, 69-71.
- ⇒ Legg, L., Langhorne, P.R. (2004). Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home : systematic review of randomized trials, *Lancet*, 363, 352-6.
- ⇒ Legg, L.A., Drummond, A.E., Lanhorne, P. (2006). Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- ⇒ Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman, J.R.F., Corr, S., Donkervoort, M., Edmans, J., Gilbertson, L., Jongbloed, L., Logan, P.A., Sackley, C., Walker, M.F., Langhorne, P. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke : systematic review of randomised trials, *British Medical Journal*, 335(922).
- ⇒ Linn, S.L., Granat, M.H., Lees, K.R. (1999). Prevention of shoulder subluxation after stroke with electrical stimulation, *Stroke*, 30, 963-8.

- ⇒ Logan, P.A., Ahern, J., Gladman, J.R.F., Lincoln, N.B. (1997). A randomized controlled trial of enhanced social service occupational therapy for stroke individuals, *Clinical Rehabilitation*, 11, 107-113.
- ⇒ Logan, P.A., Gladman, J.R.F., Avery, A.J., Walker, M.F., Dyas, J., Groom, L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke, *British Medical Journal*, 329(7479), 1372-1375.
- ⇒ Mayo, N.E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J. et al (2000). There's no place like home. An evaluation of early supported discharge for stroke, *Stroke*, 31, 1016-1023.
- ⇒ Mazaux, J.M., Lion, J., Barat, M. (1995). *Rééducation des hémiplésies vasculaires de l'adulte*. Paris : Masson.
- ⇒ Outindividual, S.E. (2003). Therapy-based rehabilitation services for stroke individuals at home (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002925.
- ⇒ Parker, C.J., Gladman, J.R., Drummond, A.E., Dewey, M.E., Lincoln, N.B., Bower, D. et al. (2001). A multicentre randomized controlled trial of leisure therapy after stroke. TOTAL Study Group. Trial of Occupational Therapy and Leisure, *Clin Rehabil*, 15, 42-52.
- ⇒ Partridge, C.J., Edwards, S.M., Mee, R., Van Langenberghe, H.V. (1990). Hemiplegic shoulder pain : a study of two methods of physiotherapy treatment, *Clin Rehabil*, 4, 43-9.
- ⇒ Pradat-Dielh, P., Peskine, A. (2006). *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Springer-Verlag France, Paris.
- ⇒ Richards, L.G., Latham, N.K., Jette, D.U., Rosenberg, L., Smout, R.J., DeJong, G. (2005). Characterizing occupational therapy practice in stroke rehabilitation, *Arch Phys Med Rehabil*, 86(122) 51-60.
- ⇒ Steultjens, et al. (2003). OT for stroke patients : a systematic review, *Stroke*, 34, 676-687.
- ⇒ Toglia, J.P. (1998). A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation, In N. Katz (Ed.) *Cognition and occupation in rehabilitation*, 5-50. Bethesda, MD : AOTA.
- ⇒ Toglia, J.P. (2005). A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation. In Katz N. (Eds) *Cognition and Occupation across the life span. Models for intervention in occupational therapy*. Second edition. AOTA.
- ⇒ Walker, M.F., Gladman, J.R.F., Lincoln, N.B., Siemonsma, P., Whiteley, P. (1999). Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial, *Lancet*, 354(9175), 278-280.
- ⇒ Walker, M.F., Hawkins, K., Gladman, J.R.F., Lincoln, N.B. (2001). Randomized controlled trial of occupational therapy at home : Results at 1 year, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 70, 267.
- ⇒ Walker, M.F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., Drummond, A., Gilbertson, L., Gladman, J.R.F., Jongbloed, L., Logan, P.A., Parker, C. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*, 35(9), 2226-2232.
- ⇒ Wolfe, C.D.A., Tilling, K., Rudd, A.G. (2000). The effectiveness of community-based rehabilitation for stroke individuals who remain at home : A pilot randomized trial. *Clinical Rehabilitation*, 14, 563-569.

L'ergothérapie aide les personnes victimes de traumatismes crâniens

Les personnes ayant un traumatisme crânio-cérébral (TCC) représentent un véritable problème de santé publique. En France, chaque année, 150000 personnes sont hospitalisées pour un TCC (Mathé, Richard *et al.*, 2005), soit 2500 personnes avec un TCC par million d'habitants, dont 1700 nouveaux cas par an en Ile de France (ANAES, 2003). Environ 5 à 7% de ces blessés présentent un TCC sévère, avec coma et risque de séquelles définitives, en particulier dans la sphère cognitive. On estime que chaque année, 1,1 million d'Américains reçoivent des soins d'un département d'urgence, que 235 000 Américains sont hospitalisés et qu'environ 50 000 autres meurent des conséquences de TCC (Langlois, Rutland-Brown *et al.*, 2006).

Les lésions cérébrales acquises sont des affections dont les conséquences sont lourdes et invalidantes. Le TCC est souvent un poly traumatisme. Le sujet peut être suivi en traumatologie (ex : multiples fractures) et en neurologie (ex : troubles sensitifs et moteurs tel que l'hémiplégie). Dans ce chapitre nous prendrons en compte principalement les déficits cognitifs et comportementaux qui sont au premier plan : troubles de la mémoire, de l'attention et ralentissement du traitement de l'information, troubles des fonctions exécutives ("syndrome frontal"). Les troubles dysexécutifs entraînent des difficultés d'initiative et de contrôle, des modifications dans l'organisation des stratégies, des difficultés de conceptualisation (Mazaux, Masson *et al.*, 1997). Les lésions cérébrales peuvent entraîner des modifications du comportement et de la personnalité qui peuvent être invalidantes et retentir sur l'équilibre familial.

Ces troubles psychiques et cognitifs après une lésion cérébrale sont aussi à l'origine de limitations d'activité sévères et de restrictions de participation (OMS, 2001). L'incidence de difficultés importantes ou incapacités à effectuer une tâche fonctionnelle est de 35 % à 43 % chez les personnes hospitalisées survivant à un TCC (Thurman, Alverson *et al.*, 1999 ; Corrigan, Selassie *et al.*, 2010) et 3,2 à 5,3 millions d'Américains vivent avec des incapacités persistantes après une hospitalisation suite à un TCC (Langlois, Rutland-Brown *et al.*, 2006). La dépendance des TCC avec troubles cognitifs, leur manque de participation dans les environnements domiciliaire et communautaire (ou sociale) et la réalité sociale d'une population de personnes handicapées vieillissantes sont un véritable problème de santé publique et justifient d'une prise en charge adaptée et spécifique tant au niveau de la rééducation que de la réadaptation.

Au total, la personne traumatisée crânienne présente des déficiences (sensitivomotrices, cognitives, comportementales...) qui nécessitent des interventions spécifiques sensitives, motrices, cognitives, comportementales, sociales et professionnelles. De part sa formation et son approche bio-psycho-sociale, l'ergothérapeute est essentiel dans la prise en charge des TCC. L'ergothérapeute a une place prédominante dans l'évaluation, la rééducation et la réadaptation des déficiences, des limitations d'activités ou de la restriction de participation ainsi que dans l'aménagement de l'environnement. L'ergothérapeute intervient aux différents stades de l'évolution du TCC.

Eléments de pratique probante

En phase d'éveil de coma, l'ergothérapeute conçoit l'installation du patient afin prévenir les complications trophiques et cutanées en préconisant les supports adéquats (fauteuils, matelas, aides techniques à la posture, supports de prévention). L'ergothérapeute a également pour mission de réaliser des orthèses adaptées pour prévenir les ostéomes, rétractations tendineuses... L'ergothérapeute intervient aussi sur l'environnement. Il rencontre la famille du patient et réfléchit avec elle de quelle manière rendre la chambre rassurante en offrant une ambiance familière, personnalisée, riche en stimulations (ex : apport de photos, d'objets personnels). L'ergothérapeute choisit et installe des moyens de communication alternatifs fiables (ex. : contacteur adapté) afin de permettre au sujet TCC de communiquer en cas d'altération des possibilités de communication ordinaires (ex. : mutisme, présence de canule...).

A l'état végétatif et pauci-relationnel l'ergothérapeute peut réaliser des évaluations structurées (ex. : WHIM) elles complètent l'observation journalière des thérapeutes. Les évaluations seront de plus en plus précises et validées (ex. : GOAT). Le but de ces évaluations est de connaître la personne (relation avec la famille), d'informer la famille (éducation thérapeutique), d'établir une relation avec le patient, de rechercher une réponse à un ordre simple et de proposer une prise en charge adaptée.

L'ergothérapeute oriente sa rééducation sur la stimulation sensorielle (ex. : stimulation olfactive, auditive). Ainsi Regnaud *et al.* (2005) ont montré comment un mode de stimulation sensorielle de l'éveil par l'olfaction a amélioré les capacités d'apprentissage d'odeurs chez les TCC.

Par son action, l'ergothérapeute redonne des repères à la personne (calendrier, emploi du temps...) et guide la famille (éducation thérapeutique).

Lorsque le sujet accède aux soins de suite de rééducation et de réadaptation, l'ergothérapeute évalue, rééduque les déficiences sensitivo-motrices (ex : hémiparésie) et cognitives (troubles de la mémoire, syndrome dysexécutif...). Il use d'évaluations écologiques et situationnelles pour apprécier les déficiences occasionnées par l'atteinte des fonctions exécutives ainsi que les conséquences des troubles exécutifs dans les activités élémentaires de la vie quotidienne (ex : toilette, habillage, prise de repas) et dans des activités plus élaborées ou instrumentales (reprise des transports en commun, gestion d'un budget, réalisation de courses et de repas...). Les premières évaluations seront des observations lors de tâches routinières, quotidiennes (ex : toilette en chambre), puis elles pourront porter sur des tâches plus élaborées. Certaines évaluations ont démontré une bonne sensibilité auprès des sujets TCC.

Ainsi, l'évaluation écologique ergothérapique de l'activité cuisine « réalisation d'un gâteau au chocolat et d'une omelette » (Chevignard, Pillon *et al.*, 2000) permet d'évaluer les fonctions exécutives en activité cuisine (capacités d'anticipation, de planification, de contrôle et de synthèse). Dans leur étude, Chevignard *et al.* (2008) ont montré que les TCC réalisaient plus d'erreurs que les témoins lors de cette activité. Les sujets étaient particulièrement gênés dans les situations liées à l'interaction avec l'environnement. Les auteurs ont aussi fait ressortir des corrélations entre les performances en cuisine et les tests évaluant les fonctions exécutives (Chevignard, Taillefer *et al.*, 2008 ; Taillefer, Poncet *et al.*, 2009). Une version enfant avec de bonnes qualités métrologiques a également été développée (Chevignard, Servant *et al.*, 2009 ; Chevignard, Catroppa *et al.*, 2010).

D'autres évaluations ergothérapiques s'intéressent d'avantage à la restriction de la participation suite au traumatisme crânien. Avec le Profil des Activités de Vie Quotidienne (AVQ) Dutil *et al.*

(Dutil, Bottari *et al.*, 2003 ; Langlois, Rutland-Brown *et al.*, 2006) proposent une évaluation de l'exécution des routines d'action des fonctions exécutives. Le sujet est évalué dans son propre environnement, il doit réaliser ses tâches de vie quotidienne seul, sans l'aide d'un tiers (ergothérapeute, aidant naturel ou professionnel). Dans une première étude (Dutil, Forget *et al.*, 1996), les auteurs ont validé cet outil auprès de 92 patients traumatisés crâniens. Le Profil des AVQ comporte 20 tâches (six tâches de soins personnels, 5 tâches en activités domiciliaires et 8 tâches en activités sociales). Cet outil utilisé a démontré de bonnes qualités métrologiques (validité de contenu, de construit et fidélité interjuges, de consistance interne et de test-retest) qui permettent de justifier les aides à mettre en place au domicile. (Rousseau, Dutil *et al.*, 1994 ; Dutil, Forget *et al.*, 1996 ; Dutil, Bottari *et al.*, 2003) Plus récemment Bottari *et al.* ont validé auprès de 100 TCC une version simplifiée du Profil des AVQ : le Profil des activités Instrumentales (PAI). Dans cette évaluation l'ergothérapeute oriente le patient sur une activité (préparer un repas pour recevoir des invités). Cette évaluation démontre aussi de bonnes qualités métrologiques (Bottari, Dutil *et al.*, 2007 ; Bottari, Dassa *et al.*, 2009 ; Bottari, Dassa *et al.*, 2009 ; Bottari, Dassa *et al.*, 2010).

Ces évaluations situationnelles (Poncet, Taillefer *et al.*, 2009) permettent aux ergothérapeutes de documenter l'impact du traumatisme crânien sur le quotidien du sujet TCC. Elles permettent aux équipes de réadaptation de mieux comprendre les erreurs sous-jacentes à la réalisation de l'activité (tâche) particulièrement en lien avec le syndrome dysexécutif et par la suite, d'ajuster la prise en charge offerte au sujet TCC.

Au vue des évaluations des déficiences, des limitations d'activités et des restrictions de participation, l'ergothérapeute pose des d'objectifs de rééducation et/ou de réadaptation et établit un plan de traitement. Cette démarche se fait avec le patient afin qu'il prenne conscience de ses difficultés et qu'il soit acteur de sa prise en charge. Le but ultime est de lui permettre d'acquérir un maximum de capacité fonctionnelle afin d'améliorer sa participation socio-familiale et professionnelle (Pradat-Diehl, Azouvi *et al.*, 2006). L'ergothérapeute stimule les fonctions déficitaires et entraîne certaines habiletés en cherchant à améliorer la performance (respect des consignes, productivité) du sujet dans l'activité (Cohadon, Castel *et al.*, 2008 ; Taillefer, Poncet *et al.*, 2009).

Ainsi, une étude multicentrique randomisée et contrôlée a comparé deux approches différentes de rééducation des troubles cognitifs : une approche didactique versus une approche fonctionnelle (Vanderploeg, Schwab *et al.*, 2008). Le traitement était proposé à des vétérans adultes ou à des militaires en service actif (N = 360) ayant subi un traumatisme crânien modéré à sévère. La durée du protocole variait de 20 à 60 jours selon les besoins cliniques et les progrès de chaque participant. Chaque participant recevait 2h à 2h30 de traitement réalisé par les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes. Ce traitement comprenait selon le groupe 1/ un traitement cognitif-didactique (prise en charge des troubles de l'attention, de la mémoire, du syndrome dysexécutif, de la communication) avec des exercices de type « papier-crayon » ou 2/ un traitement fonctionnel où les thérapeutes ont utilisé des situations de vie réelle ; ce traitement était axé sur l'apprentissage par la pratique fonctionnelle des activités quotidiennes en utilisant une stratégie de traitement sans erreur. Les résultats de cette étude n'ont indiqué aucune différence entre les approches, cependant l'approche cognitivo-didactique semble donner de meilleurs résultats à court terme, mais cette différence n'est plus objectivable à long terme. De plus les jeunes participants ont davantage bénéficié du traitement cognitif en termes de retour au

travail ou à l'école, tandis que les participants plus âgés et ceux avec plus d'éducation ont d'avantage bénéficié d'un traitement fonctionnel en termes d'autonomie. Les deux approches semblent donc complémentaires et utiles.

L'ergothérapeute a un rôle avéré dans la régulation du comportement et l'amélioration des conduites sociales inadaptées (ex : faire prendre conscience qu'il faut être poli avec un préposé) (Taillefer, Poncet *et al.*, 2009).

Ainsi, les ergothérapeutes utilisent des jeux de société, de rôle... pour stimuler les capacités cognitives, favoriser le respect des règles sociales, le respect d'autrui, la communication fonctionnelle... Guitard *et al.* proposent d'utiliser une attitude ludique lors de la prise en charge des sujets jeunes et adultes (Guitard, Ferland *et al.*, 2006). Pour ces auteurs ce modèle pourrait devenir un outil important en ergothérapie pour développer la capacité à agir. Il propose ainsi une façon innovatrice d'aborder le sujet. L'attitude ludique, utilisée par les ergothérapeutes, favorise la motivation, le respect des conventions sociales. Pour ces auteurs l'activité ludique est « une activité positive et agréable ». Même si celle-ci semble difficile d'accès, elle accroît la capacité de faire face aux divers situations de vie et favorise la santé et le bien être.

L'ergothérapeute propose une approche holistique et individualisée des troubles. Les moyens utilisés par l'ergothérapeute seront multiples et « l'intérêt ré adaptatif d'une tâche sera toujours recherché » (Taillefer, Poncet *et al.*, 2009). A chaque étape de la prise en charge, l'ergothérapeute cherchera à compenser les incapacités par des aides externes (ex. : utiliser l'alarme du téléphone pour rappeler un rendez-vous) (Taillefer, Poncet *et al.*, 2009). Par son approche écologique et holistique, l'ergothérapeute offre un entraînement aux activités (ex : réalisation de repas, reprise des transports en communs, reprise d'activités professionnelles...) tout en favorisant l'organisation, les principes de gestion de l'énergie (ex : fatigabilité) (Guérin, Dominique *et al.*, 2005).

L'ergothérapeute enseigne des stratégies d'adaptation aux familles. Les personnes apprécient la capacité des ergothérapeutes à les observer dans leur milieu familial et au travail et leur proposer des suggestions pratiques ainsi que des techniques qui les aident à réapprendre à participer aux activités quotidiennes (Darragh, Sample *et al.*, 2001).

La famille aide la personne ayant subi un traumatisme crânien à réaliser ses soins personnels et à poursuivre sa réadaptation. Les ergothérapeutes offrant des services à domicile fournissent des services inestimables à ces familles en leur enseignant des techniques spécialisées et en les aidant à mobiliser les réseaux de soutien social afin de prévenir l'épuisement (Vrkljan and Miller-Polgar, 2001). Plus largement, l'éducation thérapeutique des familles des sujets TCC permet de susciter une « pensée réflexive des participants » et avoir une action positive sur la communication entre l'équipe pluridisciplinaire et les familles (Lefebvre, Pelchat *et al.*, 2007).

L'ergothérapeute évalue les capacités globales des sujets TCC lorsqu'il ya une demande de reprise de conduite automobile. Il évalue les capacités des conducteurs pour la conduite sécuritaire en voiture, il conseille le sujet et sa famille au regard de la conduite automobile. En France, des services ont ouvert des consultations « conduite » qui se font en plusieurs étapes et qui comprennent un avis médical, une évaluation neuropsychologique, une évaluation des capacités motrices et cognitives par l'ergothérapeute. Une mise en situation virtuelle (Carroz,

Comte *et al.*, 2008) ou/et réelle avec un moniteur d'auto-école s'avère parfois nécessaire (Vuadens and Comte, 2001 ; Pradat-Diehl and Peskine, 2006). En cas de besoin le sujet TCC pourra bénéficier d'une prise en charge ergothérapeutique pour lui permettre d'acquérir les capacités fonctionnelles à la conduite (Busnel, 1996).

L'ergothérapeute intervient dans l'évaluation situationnelle lors des expertises médico-légales (Pradat-Diehl and Peskine, 2006) soit en tant qu'expert, soit en tant que sapiteur. Les assureurs, les avocats de la victime du TCC ou le médecin expert peuvent faire appel à un ergothérapeute spécialisé dans la connaissance des sujets cérébrolésés et l'évaluation situationnelle. Dans ce cadre, l'ergothérapeute évalue, dans le milieu de vie du sujet, les limitations d'activités et les restrictions de participations (OMS, 2001) des sujets TCC ainsi que les besoins en aides techniques, externes, animalières et humaines, les aménagements du véhicule, du logement... (Joubert and Moreau, 2006 ; Menard, 2010).

Références bibliographiques

- ⇒ ANAES (2003). Retour au domicile.
- ⇒ Bottari, C., Dassa, C. *et al.* (2009). "The criterion-related validity of the IADL Profile with measures of executive functions, indices of trauma severity and sociodemographic characteristics." *Brain Injury* 23(4): 322-335.
- ⇒ Bottari, C., Dassa, C. *et al.* (2009). "The factorial validity and internal consistency of the Instrumental Activities of Daily Living Profile in individuals with a traumatic brain injury." *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal* 19(2) : 177 - 207.
- ⇒ Bottari, C., Dutil, E. *et al.* (2007). " International experts judge content validity of the ADL Profile-Revised." *Canadian Journal of Occupational Therapy Conference Program Supplement*.
- ⇒ Bottari, C. Dassa, C. *et al.* (2010). "The IADL profile: development, content validity, intra- and interrater agreement." *Can* 77(2): 90-100.
- ⇒ Busnel, M. (1996). Transport et locomotion : Apprentissage de la conduite automobile en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Paris, FRANCE, Masson.
- ⇒ Carroz, A., Comte, P.A. *et al.* (2008). "Intérêt du simulateur de conduite pour la reprise de la conduite automobile en situation de handicap." *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 51(5): 358-365.
- ⇒ Chevignard, M., Pillon, B. *et al.* (2000). "An Ecological Approach to Planning Dysfunction: Script Execution." *Cortex* 36(5): 649-669.
- ⇒ Chevignard, M., Taillefer, C. *et al.* (2008). "Évaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien." *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 51(2): 74-83.
- ⇒ Chevignard, M.P., Catroppa, C. *et al.* (2010). "Development and Evaluation of an Ecological Task to Assess Executive Functioning Post Childhood TBI : The Children's Cooking Task." *Brain Impairment* 11(2 Special Issue – Outcome Measurement for Children and Adolescents With Brain Impairment) : 125-143.
- ⇒ Chevignard, M.P., Servant, V. *et al.* (2009). "Assessment of executive functioning in children after TBI with a naturalistic open-ended task: A pilot study." *Developmental neurorehabilitation* 12(2): 76-91.
- ⇒ Cohadon, F., Castel, J.-P. *et al.* (2008). *Les traumatisés crâniens : De l'accident à la réinsertion*, Arnette.
- ⇒ Corrigan, J.D., Selassie, A.W. *et al.* (2010). "The Epidemiology of Traumatic Brain Injury. Journal of head trauma rehabilitation." *Journal of head trauma rehabilitation International* 25(2).

- ⇒ Darragh, A. R., Sample, P.L. *et al.* (2001). "Tears in my eyes « cause somebody finally understood » » : Client perceptions of practitioners following brain injury." *American Journal of Occupational Therapy* 55: 191-199.
- ⇒ Dutil, E., Bottari, C. *et al.* (2003). Profil des AVQ version 3. Québec, Ca, Emersion.
- ⇒ Dutil, E., Forget, A. *et al.* (1996). " Le Profil des AVQ : un outil d'évaluation pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocéphalique " *Revue Québécoise Ergothérapie* 5(3): 112-120.
- ⇒ Guérin, F., Dominique, A. *et al.* (2005). Intervenir sur la nature multifactorielle du traumatisme craniocérébral léger. Recherche interdisciplinaire en réadaptation et traumatisme craniocérébral. Nouvelles perspectives théoriques et cliniques. CRIR. Montréal, Canada, Centre de Recherche Interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain. 2: 155-168.
- ⇒ Guitard, P., Ferland, F. *et al.* (2006). "L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 73(5): 281-294.
- ⇒ Joubert, C., Moreau, A. (2006). Réparation juridique du dommage corporel et imputabilité : rôle et place de l'ergothérapeute. Vieilleville, FRANCE, ERGOTHERAPIE.
- ⇒ Langlois, J.A., Rutland-Brown, W. *et al.* (2006). "The epidemiology and impact of traumatic brain injury: a brief overview." *J Head Trauma Rehabil* 21(5): 375-378.
- ⇒ Lefebvre, H., Pelchat, D. *et al.* (2007). "Programme d'intervention familiale interdisciplinaire. Partenariat entre professionnels de la santé, personnes ayant un traumatisme craniocérébral et proches soignants." *Pédagogie médicale* 8(2): 91-100.
- ⇒ Mathé, J.F., Richard, I. *et al.* (2005). "Santé publique et traumatismes crâniens graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins." *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 24(6): 688-694.
- ⇒ Mazaux, J.-M., Masson, F. *et al.* (1997). "Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 78(12): 1316-1320.
- ⇒ Menard, P. (2010). Evaluation écologique et expertise après un traumatisme crânien grave. Expertise après traumatisme crânien. A. Laurent-Vanier and J. Pelissier, SAURAMPS: 57-65.
- ⇒ OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé* (CIF), Organisation mondiale de la Santé.
- ⇒ Poncet, F., Taillefer, C. *et al.* (2009). "Évaluations écologiques du syndrome dysexécutif : un défi de taille pour l'ergothérapie." *Med.Phys.Réadapt* 25: 1-11.
- ⇒ Pradat-Diehl, P., Azouvi, P. *et al.* (2006). Fonctions exécutives et rééducation, Masson.
- ⇒ Pradat-Diehl, P., Peskine A. (2006). *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*, Springer.
- ⇒ Regnaud, J.P., Rouy-Thenaisy, C. *et al.* (2005). "Éveil des traumatisés crâniens par stimulation olfactive et pluridisciplinarité." *Kinesithérapie Scientifique* 0457: 21-26.
- ⇒ Rousseau, J., Dutil, E. *et al.* (1994). "Fidélité interexamineurs du « Profil des AVQ-mise en situation » chez la personne traumatisée craniocérébrale. Étude sur la cote des opérations partie 11." *Canadian Journal Occupational Therapy* 61(3): 159-167.
- ⇒ Taillefer, C., Poncet, F. *et al.* (2009). "Évaluations «écologiques» et rééducation du syndrome dysexécutif." *ergOTHérapies* 33: 25-43.
- ⇒ Thurman, D.J., Alverson, C. *et al.* (1999). "Traumatic brain injury in the United States: A public health perspective." *J Head Trauma Rehabil* 14(6): 602-615.
- ⇒ Vanderploeg, R.D., Schwab, K. *et al.* (2008). "Rehabilitation of Traumatic Brain Injury in Active Duty Military Personnel and Veterans: Defense and Veterans Brain Injury Center Randomized Controlled Trial of Two Rehabilitation Approaches." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89(12): 2227-2238.
- ⇒ Vrkljan, B., Miller-Polgar, J. (2001). "Meaning of occupational engagement in lifethreatening illness : A qualitative pilot project." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 68: 237-246.
- ⇒ Vuadens, P., Comte, P.-A. (2001). *Evaluation des aptitudes à la conduite automobile chez le cérébrolésé : Réadaptation*. SUISSE, Lausanne : Société médicale de la Suisse romande.

L'ergothérapie aide les personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde

Eléments de pratique probante

L'étude de Steultjens (2004) a démontré que l'ergothérapie apportait une amélioration significative des compétences fonctionnelles des personnes atteintes d'arthrite, en leur permettant de gérer leur maladie et de vivre une vie aussi indépendante que possible en minimisant les exigences en matière de santé et de services sociaux.

Les personnes ayant suivi un programme d'ergothérapie basé sur une intervention éducative de type économie et/ou protection articulaire, améliorent leurs habiletés et acquièrent des compétences pour gérer le quotidien. Ces gains sont observables à 3 mois post-intervention et maintenus encore 12 mois après le programme d'éducation (Lindroth, 1997).

Plus spécifiquement, Hammond (2001) démontre que l'intervention en ergothérapie porte des effets sur le dérouillage matinal, les douleurs et donc sur les capacités fonctionnelles.

De plus, l'étude de Thyberg (2004) conclut sur la réduction des difficultés des patients reçus précocement après l'annonce du diagnostic et utilisant des aides techniques au quotidien. La préconisation d'aides techniques par les ergothérapeutes permet de faciliter la réalisation des activités de vie quotidienne et tend également à améliorer la perception des patients sur leur santé (Hass, 1997). Il semble toutefois que le système social de prescription et remboursement de ces aides techniques peut influencer l'utilisation de celles-ci (Veehof, 2006).

Ces études utilisent l'EDAQ (Evaluation of Daily Activity Questionnaire) constitué de 102 items relatant 11 activités quotidiennes.

Références bibliographiques

- ⇒ Hammond, A. (1994). Joint protection behaviour in patients with rheumatoid arthritis following an education program. *Arthristis care en research*, 7,1, pp. 5-9.
- ⇒ Hammond, A., Freeman, K. (2001). One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educationa-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthristis. *Rheumatology*, 40, 9, pp. 1044-1051.
- ⇒ Hammond, A., Jeffreson, P., Jones, N., Gallager, J., Jones, T. (2002). Clinical applicability of an educational behavioural joint protection: programme for people with rheumatoid arthritis. *British journal of occupational therapy*, 65, 9, pp. 405-412.
- ⇒ Hammond, A., Young, A., Kidao, R. (2004). A randomisez controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthristis. *Annals of the rheumatic diseases*. 63, 1, pp. 23-30.
- ⇒ Hass, U., Brodin, H., Andersson, A., Persson, J. (1997). Assistive technology sélection : a study of participation of users with rheumatoid arthritis. *Transactions on rehabilitation engineering*, 5, 3, pp. 263-275.
- ⇒ Helewa, A., Goldsmith, C.H., Lee, P., Bombardier, C., Hanes, B., Smythe, H.A. (1991). Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. *Lancet*, 337(87/55), pp. 1453-1456.

- ⇒ Lindroth, Y., Brattstrom, M., Bellman, I., Ekestaf, G., Olofsson, Y., Stenshed, B., Wikstrom, I., Nilsson, J.A., Wollheim, F.A. (1997). A problem-based education program for patients with rheumatoid arthritis : evaluation after three and twelve months. *Arthritis care and research*, 10, 5, pp. 325- 332.
- ⇒ Macedo, A., Oakley, S.P., Panayi, G.S., Kirkham, B.W. (2009). Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. *Arthritis Care and Research*, 61(11), pp. 1522-1530.
- ⇒ NICE Rheumatology Guidelines (p. 9 of the Quick Reference guide makes recommendations re MDT intervention) disponible sur :
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12131/43329/43329.pdf>
- ⇒ Nordenskiold, U., Grimby, G., Dahlin- Ivanoff, S. (1998). Questionnaire to evaluate the effects of assistive devices and altered working methods in women with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 17, pp. 6-16.
- ⇒ Steultjens, E.E.M.J., Dekker, J.J., Bouter, L.M., Schaardenburg, D.D., Kuyk, M.A.M.A.H., Van den Ende, E.C.H.M. (2004). Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.
- ⇒ Steultjens, E.M.J., Dekker, J.J., Bouter, L.M., Van Schaardenburg, D., Van Kuyk, M.A.H., Van Den Ende, E.C.H.M. (2003). Occupational Therapy for Rheumatoid Arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- ⇒ Thyberg, I., Hass, U., Nordenskiold, U., Skogh, T. (2004). Survey of the Use and Effects of assistive devices in patients with early rheumatoid arthritis : a two-yaer followup of women and men. *Arthritis & rheumatism*, 51-3, pp. 413-421.
- ⇒ Veehof, M., Taal, E., Rasker, J.J., Lohmann, J., Van De Laar, M. (2006). What determines the possession of assistive devices among patients with rheumatic diseases ? The influence of the country-related health care system. *Disability and rehabilitation*, 28(4), pp. 205-211..

L'ergothérapie aide les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants

Éléments de pratique probante

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées entraînent des difficultés fonctionnelles dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne (AVQ) : activités sociales, activités instrumentales et activités simples de la vie quotidienne. L'action des ergothérapeutes a pour but de maximiser les capacités des personnes et de permettre une participation autonome aux activités significatives de la vie et de réduire ainsi les troubles du comportement. La majorité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée vivent à domicile, aidées par leurs proches, dont la santé psychologique et physique est fragile, en raison des responsabilités qui sont associées aux soins. A travers une démarche d'éducation participative, l'ergothérapeute permet à l'aidant d'adapter son accompagnement aux justes besoins de la personne, de prévenir les troubles du comportement et également de se préserver.

Les ergothérapeutes :

- posent un diagnostic qui permet de comprendre le processus des pertes fonctionnelles, en lien avec les difficultés psychologiques et sociales que rencontrent les personnes et leurs aidants face au contexte personnel et social dans lequel elles se trouvent ;
- fournissent des stratégies pour contourner les problèmes d'activité liés à leurs difficultés cognitives, motrices et sensorielles et aider les personnes atteintes de démence à rester indépendantes le plus longtemps ;
- conseillent et recommandent des technologies d'assistance pour permettre aux personnes de conserver leur indépendance et réduire le coût des soins ;
- améliorent l'organisation de l'environnement, pour compenser les troubles de la mémoire, de l'apprentissage et les capacités de raisonnement et permettent ainsi de réduire le niveau de stress ressenti par les personnes atteintes de démence et leurs aidants.

Ainsi, une analyse systématique des programmes visant à soutenir les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer démontre que les interventions individualisées, axées sur la résolution de problèmes et les stratégies d'intervention sur le comportement sont efficaces pour réduire le fardeau de l'aidant (Corcoran, 1991).

L'étude randomisée en double aveugle de Bach a permis de démontrer l'efficacité supérieure d'une prise en charge ergothérapique de 2h par semaine par rapport à une réadaptation classique. On observe une amélioration plus importante des scores de performance cognitive, de fonction psychosociale, de qualité de vie et de dépression (Bach, 1995).

Une étude pilote sur les services ergothérapiques à domicile pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants indique que les résultats de ces interventions ont persisté de 7 à 9 mois après le traitement (Pynoos, 1991).

L'étude de Gitlin (2001) sur échantillon aléatoire et contrôlé portait sur 171 personnes atteintes de démence vivant à la maison et entourées de leurs proches. Ces personnes ont reçu 5 visites

de 90 minutes d'ergothérapeute qui offraient de l'enseignement et proposaient aux aidants des modifications de l'environnement afin de rehausser la participation de la personne aux activités quotidiennes et de faciliter les soins prodigués par l'aidant. Lors du suivi effectué au troisième mois, les personnes souffrant de démence montraient une moins grande perte d'autonomie dans les sphères des soins personnels et de la gestion du domicile. Elles présentaient moins de problèmes de comportement et l'aidant était moins épuisé.

Une étude longitudinale de 6 mois auprès de 190 familles et aidants de patients Alzheimer démontre les bénéfices d'une intervention d'un ergothérapeute pour des aménagements de l'environnement, un apprentissage du potentiel de compensation et de résolution des problèmes. En comparant avec le groupe témoin, le groupe ayant bénéficié d'ergothérapie a démontré une diminution des difficultés liées aux troubles mnésiques, une diminution du besoin d'assistance. Les patients ont ressenti une diminution du temps perdu lié aux omissions dans les activités, un moindre besoin d'assistance, une amélioration du bien être. Les bénéfices auprès des conjoints ont été un moindre dérangement lié aux troubles du comportement (Gitlin, 2003).

A travers une étude randomisée sur 127 familles, Gitlin (2005) démontre le maintien à 12 mois des bénéfices d'une intervention ergothérapique basé sur la modification de l'environnement et la prise en charge des aidants de personnes atteintes de démence. Les bénéfices consistaient en la diminution du besoin d'aide au quotidien, la diminution des troubles du comportement et une amélioration de l'habileté de la personne malade.

Une étude randomisée contrôlée en simple aveugle a mesuré l'efficacité d'une prise en charge ergothérapique de sujets déments et de leur entourage. 135 personnes âgées ont été suivies, elles présentaient une démence légère à modérée et étaient assistées par un soignant au moins une fois par semaine. 10 séances d'ergothérapie ont été réalisées à domicile pendant 5 semaines incluant, un bilan, des modifications de l'environnement, amélioration du potentiel de compensation en incluant les aidants. Les résultats montrent une amélioration des fonctions journalières des sujets traités, une diminution des besoins d'assistance. Les séances étant axées sur le patient et le soignant. Les effets restent significatifs après 3 mois (Graff, 2006).

L'adhésion aux programmes de prise en charge ergothérapique n'est pas liée au niveau d'atteinte des patients comme le démontre l'étude de Chee (2007), mais à l'état de santé de l'aidant qui est un facteur important de la réussite du maintien à domicile.

Plus récemment, l'étude de Yuill et Hollis (2011), basée sur les travaux de Spector, montre qu'un programme ergothérapique d'activités cognitives en groupe pour les personnes en début de maladie ou au stade modéré améliorent significativement le niveau de performance des malades.

Bénéfices

Une étude anglaise montre que l'adaptation du domicile permet un report d'entrée de un an dans un établissement et permet d'économiser 32500€ par personne (Laing, 2008). De même, l'évaluation des interventions de télémédecine permet des économies sur les hospitalisations d'urgence et les admissions de 99000€ grâce aux journées d'hospitalisation économisées (Bowes, 2006).

Références bibliographiques

- ⇒ Bach, D. (1995). Reactivation occupational therapy : a method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age and Ageing*, 24(3), pp. 22-226.
- ⇒ Baum, C.M., (1995). The contribution of occupation to function in person's of Alzheimer Disease, *Journal of Occupationnal Science*, 2,2, pp. 59-67.
- ⇒ Bowes *et al.* (2006) Smart technology and community care for older people : innovation in West Lothian, Scotland. Edinburgh, Age Concern Scotland.
- ⇒ Chee, Y.K. (2007). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(6), pp. 673-8.
- ⇒ Clemson, L., Cumming, R.G., Roland, M., (1996), Case-Control Study of Hazards in the Home and Risk of Falls and Hip Fractures, *Age and Ageing*, 25, p. 97-101.
- ⇒ Corcoran, M., Gitlin L.N. (1991). Environmental influences on behavior of the elderly with dementia : principles for intervention in the home. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 9, pp. 5-22.
- ⇒ Cumming, R.G., Szonyi, G., O'Neill, E., Frampton, G., (1999). Home visits by an Occupational therapist for assesement and modification of environnemental Hazards : A randomized trail of falls prévention. *Journal of American Geriatrics Society*, 47, pp.1397-1402.
- ⇒ Eklund, K., Sjostrand, J., Dahlin-Ivanoff, S., (2008), A randomized controlled trial of a health-promotion programme and its effect on ADL dependence and self-reported health problems for the elderly visually impaired, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, pp. 68-74.
- ⇒ Gitlin, L.N. (2003). Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad : 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *The Gerontologist*, 43(4), pp. 532-46.
- ⇒ Gitlin, L.N. (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(3), pp. 368-74.
- ⇒ Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., Hauck, W.W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention : Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41, pp. 4-14.
- ⇒ Graff, M., Adang, E., Vernooij-Dassen, M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., Hoefnagels, W., Rikkert, M. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their caregivers : cost effectiveness study. *British Medical Journal*, 336(7636) : pp.134-138.
- ⇒ Graff, M.J. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers : randomised controlled trial. *BMJ*, 333, 1196.
- ⇒ Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., Orrell, M. (2005). Cognitive Stimulation Therapy for people with dementia : Cost Effectiveness Analysis. *British Journal of Psychiatry* : 574 - 580.
- ⇒ Laing and Buisson (2008). *Care of elderly people : UK market survey 2008*. London, Laing and Buisson.
- ⇒ Miller, P.A., Butin, D. (2000). The rôle of occupational tehrapy in dementia-COPE (Caregiver Options for Practical expérences). *Int. J. Geriat. Psychiatry*, 15, p. 86-89.
- ⇒ Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 : 446-451.
- ⇒ Pynoos, J., Ohta, R.J. (1991). In-home interventions for persons with Alzheimer's disease and their caregivers. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 9, pp. 83-92.
- ⇒ Salmon, N. (2006). Cognitive Stimulation Therapy versus Acetyl Cholinesterase Inhibitors for Mild to Moderate Dementia : a latter-day David and Goliath ?, *British Journal of Occupational Therapy*, 69(11), 5528-530.
- ⇒ Spector, A., Orrell, M. (2006). A review of the use of cognitive stimulation therapy in dementia management. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2 (8):381-385

- ⇒ Spector, A., Orrell, M., Davies, S., Woods, B. (2000). "Reality Orientation for dementia: A review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trails." *The Gerontologist*, 40 (2), 206-212.
- ⇒ Spector, A., Orrell, M., Davies, S., Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3/4) : 193-196.
- ⇒ Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Orrell, M. (2005). *Our Time : An evidence-based programme to offer cognitive stimulation to people with dementia*. Freiberg Press : USA.
- ⇒ Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Orrell, M. (2006). *Making a différence : An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications : UK.
- ⇒ Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia : Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 183: 248-254.
- ⇒ Woods, R., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia : A review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trails. In *The Cochrane Library*, 2, 2005. Oxford : Update Software.
- ⇒ Yuill, N., Hollis, V. (2011). A Systematic Review of Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults with Mild to Moderate Dementia : An Occupational Therapy Perspective, *Occup. Ther. Int.*, Published online in Wiley Online Library.

L'ergothérapie prévient efficacement la survenue des chutes

Eléments de pratique probante

Il n'est plus à démontrer que les chutes des personnes avançant en âge représentent un fléau pour notre société. Le coût induit par des fractures après une chute est très élevé et est supporté par les services de santé, mais aussi les services sociaux. L'objectif des actions de prévention repose sur une intervention précoce permettant de restaurer l'indépendance, la prévention de la fragilité, la promotion de la santé osseuse et la réduction des accidents domestiques. L'ergothérapie permet de réduire les risques de chutes chez les aînés à travers des conseils d'aménagement et un entraînement approprié en agissant sur :

- la rééducation de l'équilibre et de la motricité ;
- le contrôle de la sécurité ;
- l'apport d'équipements spécifiques et des adaptations de l'environnement ;
- l'entraînement à se relever du sol et des sessions de formation en groupe pour développer la confiance en soi et l'adaptation aux situations dangereuses.

L'étude australienne de Cumming (1999) a démontré qu'une expertise ergothérapeutique à domicile chez des personnes ayant fait des chutes a permis une réduction des chutes de 36 %, pendant 6 et 12 mois. L'ergothérapeute évaluait les obstacles dans l'environnement et surveillait les résultats des modifications.

L'étude de Close (1999), qui porte sur un examen médical structuré et une visite à domicile de l'ergothérapeute a permis de démontrer que ce dispositif entraîne une diminution significative des chutes et une réduction du taux de chutes récurrentes pendant un suivi de 12 mois de personnes âgées à domicile reçues aux urgences pour un problème associé à une chute.

Plus récemment, une autre étude randomisée montre des bénéfices en termes de diminution de la perte d'autonomie de personnes âgées hospitalisées pour chute ayant bénéficié de modifications du domicile par un ergothérapeute (Pardessus, 2002).

Une autre étude randomisée (Gillepsie, 2003) conclut que les visites à domicile des ergothérapeutes peuvent prévenir les chutes chez les personnes âgées à risque. En plus de l'aménagement du domicile, la visite des ergothérapeutes amène les personnes âgées à changer certains comportements à risque à domicile et dans leur environnement extérieur. En regard du résultat de cette étude, les ergothérapeutes peuvent introduire, si les ressources le permettent, des visites préventives uniquement chez les personnes âgées ayant chuté au moins une fois au cours de l'année.

En matière de prévention, on constate que les simples conseils souffrent de faibles taux d'observance, alors qu'une action plus complète associant conseils, mises en situation et implication des aidants développe la performance des sujets. Un élément essentiel de l'influence de l'aménagement de l'environnement dans la prévention du déclin fonctionnel est le fait qu'il

modifie la participation des personnes âgées aux activités de la vie journalière, seul moyen d'entretenir au long cours les capacités physiques, sensorielles, cognitives des sujets.

L'efficacité d'une action de prévention dépend de la qualité d'analyse de la problématique et de la pertinence des recommandations qui en découlent. L'étude de Pighills (2011) constate une efficacité de préconisations d'aménagement réalisés par un ergothérapeute versus aucune réduction de chutes pour le groupe conseillé par un assesseur entraîné. Gillespy (2012) obtient des résultats similaires, son étude montre une plus grande efficacité des actions réalisées par un ergothérapeute.

Bénéfices

En Grande Bretagne, une chute à domicile conduisant à une fracture de hanche coûte à l'État 33200€ en moyenne. C'est 4,5 fois le coût moyen d'une adaptation de logement et plus de 100 fois le coût de la main d'œuvre pour poser des barres d'appui pour éviter les chutes (Heywood, 2007). Le programme de sécurité à domicile et le programme d'exercices délivré par des ergothérapeutes ont démontré une réduction des chutes de manière significative (Campbell *et al.*, 2005).

Un service de prévention des chutes pluri professionnel permet de réduire le nombre de chutes de moitié chez les personnes âgées. Ce témoignage a été publié dans le BMJ et des articles sur le sujet peuvent être trouvés à l'adresse : [www.bit.ly / bmDGly](http://www.bit.ly/bmDGly)

Références

- ⇒ Bennet, S., Hoffman, T., McCluskey, A., McKenna, K., Strong, J., Tooth, L. (2003). Introducing OTSeeker : A New evidence Database for Occupational Therapists, in *The American Journal of Occupational Therapy*, Volume 57, N° 6, pp. 635-638.
- ⇒ Bleijlevens, M.H., Hendriks, M.R., Van Haastregt J.C., Van Rossum, E., Kempen, G.I., Diederiks, J.P., Crebolder, H.F., Van Eijkt, J.T. (2008). Process factors explaining the ineffectiveness of a multidisciplinary fall prevention programme : a process evaluation, *BMC Public Health*. 24(8)33.
- ⇒ Campbell, A.J., Robertson, M.C., La Grow, S.J., Kerse, N.M., Sanderson, G.F., Jacobs, R.J., Sharp, D.M., Hale, L.A. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥75 with severe visual impairment : the VIP trial. *British Medical Journal*, 331 (7520), pp. 817-820.
- ⇒ Clemson, L., Cumming, R.G., Kendig, H., Swan, M., Heard, R., Taylor, K. (2004). The Effectiveness of a Community-Based Program for Reducing the Incidence of Falls in the Elderly : A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), pp.1487-1494.
- ⇒ Close, J., Ellis M., Hooper R., Glucksman, E., Jackson S., Swift, C. (1999). Prevention of falls in the elderly trial (PROFET) : A randomized controlled trial. *Lancet*, 353, pp. 93-96.
- ⇒ Cumming, R.G., Thomas, M., Szonyi, G., Frampton, G., Salkeld, G., Clemson, L. (2001). Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention, *Am J Occup Ther*, 55(6) : 641-8.
- ⇒ Cumming, R.G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill E., Westbury C. *et al.* (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards : A randomized trial of falls prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, pp.1397-1402.

- ⇒ Currin, M.L., Comans, T.A., Heathcote, K., Haines, T.P. (2012). Staying safe at home. Home environmental audit recommendations and uptake in an older population at high risk of falling. *Australas J. Ageing*, 31(2), 90-5.
- ⇒ Di Monaco, M., Vallero, F., De Toma, E., Castiglioni, C., Gardin, L., Giordano, S., Tappero, R. (2012). Adherence to recommendations for fall prevention significantly affects the risk of falling after hip fracture : post-hoc analyses of a quasi-randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehab Med*, 48(1) : 9-15.
- ⇒ Di Monaco, M., Vallero, F., De Toma, E., De Lauso, L., Tappero, R., Cavanna, A. (2008). A single home visit by an occupational therapist reduces the risk of falling after hip fracture in elderly women : a quasi-randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(6), pp. 446–450.
- ⇒ Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M., Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community (review), *Cochrane database of systematic review*, 12(9).
- ⇒ Gitlin, L.N., Hauck, W.W., Dennis, M.P., Winter, L., Hodgson, N., Schinfeld, S. (2009). Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults : results from a randomized trial, *J Am Geriatr Soc*, 57(3) : 476-81.
- ⇒ Hendriks, M.R., Evers S.M., Bleijlevens, M.H., Van Haastregt J.C., Crebolder, H.F., Van Eijkt, J.T. (2008). Cost-effectiveness of a multidisciplinary fall prevention program in community-dwelling elderly people : a randomized controlled trial, *Inssess Health Care*. 24(2) : 193-202.
- ⇒ Johnston, K., Barras, S., Grimmer-Somers, K. (2010). Relationship between pre-discharge occupational therapy home assessment and prevalence of post-discharge falls. *J Eval Clin Pract*, 16(6) 1333-9.
- ⇒ Lord, S.R., Menz, H.B., Sherrington C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age Ageing* ; 35.
- ⇒ Lucht, V. (1971). A prospective study of accident falls and resulting injuries in the home among elderly people, *Acta Soc Med Scand*, 2, 105-120.
- ⇒ Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. *A randomized controlled trial. Arch Fam Med*, 8(8) : 210-7
- ⇒ Nevitt, M.C., Cummings, S.R., Hudes, E.S. (1991). Risk factors for injurious falls : a prospective study, *J Gerontol*, 46(M), 164-70.
- ⇒ Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudrefroy, C., Thevenon A., Dewailly, P. (2002). Benefits of home visit for falls and autonomy in the elderly : a randomised trial study. *Am. J. Phys. Med. Rehab*, 81(4) : 247-52.
- ⇒ Pighills, A.C., Torgerson, D.J., Sheldon, T.A., Drummond, A.E., Bland, J.M. (2011). Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *J Am Geriatr Soc*, 59(1), 26-33.
- ⇒ Shepherd, J., Lutz, L.J., Miller, R.S., Main, D.S. (s.d.). Patients presenting to family physicians after a fall : a report from the ambulatory sentinel practice network. *J Fam Pract*.
- ⇒ Thomas, A., Saroyan, A., Lajoie, S.P. (2012). Creation of an evidence based practice reference model in falls prevention : findings from occupational therapy. *Disabil Rehabil*, 34(4), 311-28.
- ⇒ Vellas, B., Albarede, J.L. (1987). Restriction d'activité après une chute chez la personne âgée, document présenté au colloque OMS-CIGS sur l'épidémiologie des chutes, *Age Ageing*, 16 :189-93.
- ⇒ Vellas, B., Faisant, C., Lauque, S. (1995). Etude Icare : investigation sur la chute accidentelle, recherche épidémiologique, *L'année gérontologique*, 423-36.

L'ergothérapie favorise le développement des compétences motrices, sensorielles et cognitives de l'enfant

Eléments de pratique probante

Les ergothérapeutes possèdent une formation multi-dimensionnelle qui leur permet de connaître, comprendre et soutenir l'évolution développementale des enfants et adolescents dans ses aspects sensori-moteurs, cognitifs, sensoriels et psychosociaux.

Lorsque l'enfant est confronté à une pathologie congénitale (paralysie cérébrale, maladie neuromusculaire, malformations osseuses, syndromes génétiques...), accidentelle (cérébrolésion, lésion de la moelle épinière, amputation...) ou encore à un trouble développemental, l'ergothérapeute l'accompagne dans toutes les dimensions de sa vie quotidienne pour l'amener à acquérir, conserver ou optimiser son potentiel d'indépendance et d'autonomie.

L'ergothérapeute réalise des séances de rééducation individuelle ou de groupe durant lesquelles s'opère un travail sur les fonctions altérées (sensori-motrices, cognitives, psychosociales). Il conseille aussi l'enfant et sa famille dans le choix des aides techniques qui permettront la compensation d'une fonction déficitaire (par exemple choix du fauteuil roulant, adaptation du véhicule familial, choix d'outil spécifique d'écriture, de découpe des aliments...). Il peut aussi fabriquer des appareillages visant à prévenir ou réduire les déformations ostéo-articulaires et faciliter la fonction. Enfin, en ayant systématiquement des actions d'accompagnement des familles et des partenaires, l'ergothérapeute aide l'entourage à comprendre le fonctionnement de l'enfant en difficulté et évite ainsi le rejet par méconnaissance ou incompréhension.

Les interventions que l'ergothérapeute réalise auprès de l'enfant dans son cadre familial, scolaire ou institutionnel visent les activités :

- scolaires ou préprofessionnelles : l'écriture, l'attention, l'organisation spatiale, l'installation...
- de loisirs et de jeu
- de la vie quotidienne : faire sa toilette, ses soins personnels, s'habiller, se déplacer, se nourrir
- de relations sociales et les compétences pour vivre en communauté (par exemple la sensibilisation au code de la route, les courses, la préparation des repas, l'utilisation des transports publics).

L'ergothérapeute effectue des évaluations mesurant les performances et les processus d'action dans les tâches motrices, graphiques, spatiales, constructives et les habiletés cognitives transversales.

L'ergothérapeute développe ensuite un large éventail de méthodes d'intervention. Le choix se fait en fonction de l'âge des enfants, de la nature de la déficience et des enjeux à court et moyen terme concernant l'intégration de l'enfant et de l'adolescent dans notre société.

Les approches « bottom-up », plutôt neuro-développementales, sont d'autant plus bénéfiques qu'elles se réalisent avec une certaine intensité dans la petite enfance :

- Le concept d'intégration sensorielle développé par l'ergothérapeute A. J. Ayres est orienté sur le traitement de l'information sensorielle et ses répercussions dans les comportements moteurs et les apprentissages au quotidien.
- Le concept Bobath quant à lui, est un traitement neuro-développemental visant à libérer le mouvement dans une dynamique fonctionnelle.
- Le traitement orienté sur le processus et l'entraînement perceptivo-moteur ont une action de stimulation et d'entraînement moteur et neuromoteur dans une optique d'amélioration de la performance motrice et de sa généralisation.

Les approches « top-down » telles que l'intervention spécifique sur la tâche ou les approches cognitives visent l'apprentissage de méthodes cognitives et stratégiques de résolutions de problème généralisables à toutes les tâches rendues difficiles par la survenue du handicap.

Dans une étude de 1999, Mandich *et al.* montraient déjà que les ergothérapeutes utilisent pour la plupart une combinaison des différentes approches précitées, adaptant à chaque individu l'approche qui lui conviendra le mieux.

Ainsi les méthodes « bottom-up » d'intégration sensorielle ont fait leur preuve chez l'enfant porteur de troubles perceptivo-moteur (May-Benson *et al.*, 2010). Quant aux méthodes cognitives des approches « top-down » proposées par Bouffard et Wall (1990), Henderson et Sugden (1992) ou encore Polatajko et ses collègues (CO-OP, 2001-2004), ont fait leurs preuves pour certaines cohortes d'enfants porteurs de troubles d'acquisitions des coordinations et de dyspraxies.

Concernant la rééducation des enfants victimes d'hémiplégie cérébrale infantile, les méthodes neuro-motrices et fonctionnelles d'utilisation bimanuelles (HABIT) sont très utilisées (Gordon *et al.*, 2007) mais peu étudiées. A contrario, l'efficacité de la méthode de contrainte induite est régulièrement confortée (Glover *et al.*, 2002 ; Martin *et al.*, 2008).

Bénéfices

Une étude a montré que grâce à l'intervention de l'ergothérapie pour les adolescents souffrant de troubles émotionnels et comportementaux un avantage financier par adolescent était de 115€ (Ikiugu, 2007).

Références

- ⇒ Allen, S., Donald, M., (1995). The effect of occupational therapy on motor proficiency of children with motor/learning difficulties: a pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, pp. 385-391.
- ⇒ Bonhomme, C., Chabrier, S., Gautheron, V., Ikowsky, T., Burlot, S., Mette, F. (2010). Actualités et perspectives dans la prise en charge de l'hémiplégie cérébrale infantile en médecine physique et de réadaptation. *Motricité cérébrale*, Vol. 31, N°4, pp. 164-171.
- ⇒ Case-Smith, J. (1996). Fine motor outcomes in preschool children who receive occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, pp. 52-61.

- ⇒ Case-Smith, J. (2002). Effectiveness of school-based occupational therapy intervention on handwriting. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 17–25.
- ⇒ Davies, P.L., Gavin, W.J. (2007). Validating the diagnosis of sensory processing disorders using EEG technology. *American journal of Occupational Therapy*, 61, pp. 176-189.
- ⇒ Davidson, T., Williams, B., (2000). Occupational therapy for children with developmental coordination disorder : a study of the effectiveness of a combined of a sensory integration and perceptual-motor intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, pp. 495-499.
- ⇒ Davies, P.L., Tucker, R. (2010). Evidence review to investigate the support for subtypes of children with difficulty processing and integrating sensory information. *American journal of Occupational Therapy*, 64, pp. 391-402.
- ⇒ Dunn, W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families : a conceptual model. *Infants and Young Children*, 9 (4), pp. 23-25.
- ⇒ Gordon, A.M., Schneider, J.A ., Chinnan A., Charles, J.R. (2007). Efficacy of a hand–arm bimanual intensive therapy (HABIT) in children with hemiplegic cerebral palsy: a randomized control trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 830–838.
- ⇒ Hall, L., Case-Smith, J. (2007). The effect of sound-based intervention on children with sensory processing disorders and visual-motor delays. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, pp. 209–215.
- ⇒ Hanna, K., Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in pediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, pp. 14–24.
- ⇒ Hodge, S.R., Murata, N.M., Porretta, D.L. (1999). Enhancing motor performance through various preparatory activities involving children with learning disabilities. *Clinical Kinesiology*, 53, pp. 76–82.
- ⇒ Ikiugu, M.N., Anderson, L. (2007). Cost Effectiveness of the Instrumentalism in Occupational Therapy (LOT) Conceptual Model as a Guide for Intervention with Adolescents with Emotional and Behavioral Disorders (EBD). *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2007, 3 (1), p. 53.
- ⇒ Kaiser, M-L., Mueggler, F. (2011). Effets de l'ergothérapie auprès des enfants atteints d'un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) : expérience d'une équipe d'ergothérapeutes, *Paediatrica*, Vol. 22, No. 2.
- ⇒ Lane, S.J., Schaaf, R.C. (2010). *Examining the neuroscience evidence for sensory driven neuroplasticity : implications for sensory-based occupational therapy for children and adolescents*. *American journal of Occupational Therapy*, 64, pp. 375-390.
- ⇒ Law, M., Russell, D., Pollock N., Rosenbaum, P., Walter, S., King, G. (1997). A comparison of intensive neurodevelopmental therapy plus casting and a regular occupational therapy program for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 39, pp. 664–670.
- ⇒ Lockhart, J., Law, J. (1994). The effectiveness of a multisensory writing program for improving cursive writing ability in children with sensorimotor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61, pp. 206–210.
- ⇒ Mailloux, Z., May-Benson, T.A., Summers, C.A., Miller, L.J., Brett-Green, B., Burke, J.P., Cohn, E.S., Koomar, J.A., Parham, L.D., Roley, S.S., Schaaf, R.C., Schoen, S.A. (2007). Goal attainment scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders. *AJOT*, 61, pp. 254-9.
- ⇒ Mandich, A.D., Polatajko, H.J., Missiuna, C., Miller, L.T. (2001). Cognitive strategies and motor performance in children with developmental coordination disorder. *Phys Occup Ther Pediatr*, 2, pp. 125-143.
- ⇒ Martin, A., Burtner, P.A., Poole, J., Phillips, J. (2008). Case report: ICF-level changes in a reschooler after constraint-induced movement therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, pp. 282–288.
- ⇒ Martini, R., Polatajko, H.J. (1998). Verbal self-guidance as a treatment approach for children with developmental coordination disorder : A systematic replication study. *OTJR*, 18, pp. 157–181.

- ⇒ May-Benson, T.A., Koomar, J.A. (2010). *Systematic review of the research evidence examining the efficacy of interventions using a sensory integrative approach for children. American journal of Occupational Therapy*, 64, pp. 403-414.
- ⇒ Miller, L., Polatajko, H.J., Missiuna, C., Mandich, A.D., Macnab, J.J., (2001). A pilot of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science*, 20, pp. 183-210.
- ⇒ Miller, L.J., Coll, J.R., Schoen, S.A. (2007). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder in *American journal of Occupational Therapy*, 61, pp. 228-238.
- ⇒ Miller, L.J., Nielsen, D.M., Schoen, S.A., Brett-Green, B.A. (2009). Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research. *Front Integr Neurosci*. 3:22. Epub 2009 Sep 30.
- ⇒ Müller, S.V., Von Schweder, A.J., Frank, B., Dengler, R., Münte, T.F., Johannes, S. (2002). The effects of proprioceptive stimulation on cognitive processes in patients after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 83, pp. 115-21.
- ⇒ Parham, L.D., Cohn, E., Spitzer, S., Koomar, J., Miller, L.J., Burke, J.P. (2007). *Fidelity in sensory integration intervention research in American journal of Occupational Therapy*, 61, pp. 216-227.
- ⇒ Parham, L.D., Smith-Roley, S., Koomar, J., May-Benson, T., Brett-Green, B.E., Burke, J.B. in press ; *Development of a fidelity measure for research on effectiveness of Ayres Sensory Integration®*. In *American journal of Occupational Therapy*.
- ⇒ Polatajko, H.J., Macnab, J.J., Anstett, B., Malloy-Miller, T., Murphy, K., Noh, S.A. (1995). Clinical trial of the process-oriented treatment approach for children with developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* ; 37, pp. 310-319.
- ⇒ Polatajko, H.J., Mandich, A.D., Miller, L.T., Macnab, J.J. (2001). Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP): Part II - The evidence. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, pp. 83-106.
- ⇒ Polatajko, H.J., Mandich, A. (2004). *Enabling Occupation in Children. The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) Approach*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- ⇒ Riethmuller, A.M., Jones, R., Okely, A.D. (2009). Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review. *Pediatrics*, 124(4), pp. 782-92.
- ⇒ Rodger, S., Brown, G. & A. (2005). Profile of pediatric occupational therapy practice in Australia. *Australian occupational Therapy Journal*, 52 (4), pp. 311-325.
- ⇒ Schmidt, R.A. (1991). Motor learning principles for physical therapy, in *Foundation for physical Therapy* ; Contemporary Management of motor Control Problems : Processing of II-STEP Conference, Alexandria.
- ⇒ Schoemaker, M.M, Niemeijer, A.S. (2003). Effectiveness of neuromotor task training for children with developmental coordination disorder : A Pilot Study. *Neural Plasticity*, 10, pp. 155-163.
- ⇒ Schoen, S.A., Millerl, J., Green, K.E. (2008). Pilot of study of sensory Over-reponsivity Scales : Assessment and inventory. In *American journal of Occupational Therapy*, Jul-Aug, 62 (4), pp. 393-406.
- ⇒ Taub, E., Ramey, S.L., Deluca, S., Echols, K. (2004). Efficacy of constraint- induced movement therapy for children with cerebral palsy with asymmetric motor impairment. *Pediatrics*, 113, pp. 305-312.
- ⇒ Wallen, M., Walker, R. (1995). Occupational therapy practice with children with perceptual motor dysfunction : findings of a literature review and survey. *Australian Occup Ther J*, 42, pp.15-25.

L'ergothérapie améliore le processus sensoriel et les compétences motrices pour l'autonomie des personnes avec autisme

Éléments de pratique probante

L'autisme est aujourd'hui reconnu comme un handicap affectant les fonctions cérébrales. La personne qui en est atteinte présente des difficultés à organiser et à comprendre l'information transmise par ses sens. Ce désordre cérébral encore inexpliqué, engendre divers symptômes dont les plus connus sont regroupés sous le nom de « triade autistique ». Cette triade comprend l'altération qualitative des capacités d'interactions et de communication, ainsi qu'une incidence sur les comportements que l'on dit restreints et stéréotypés.

Outre ces signes cliniques évidents, les personnes avec autisme présentent de nombreuses particularités sensorielles, fréquemment décrites par les personnes atteintes du syndrome d'Asperger. Il peut s'agir d'aversion au toucher et/ou de réactions atypiques aux stimuli environnants (visuels, auditifs et vestibulaires - Boisjoly & Mineau, 2001).

De ce fait, l'environnement doit être envisagé sous 2 aspects bien connus des ergothérapeutes que sont la rééducation et la réadaptation.

En premier lieu, il s'agit d'aménager des espaces adaptés, susceptibles de répondre à leurs besoins de structuration temporo spatiale. Ce principe a fait depuis longtemps ses preuves dans l'État de Caroline du Nord avec la mise en place d'un programme de traitement dédié aux personnes autistes (TEACCH Programm).

C'est dans ce contexte qu'un projet d'accompagnement individualisé s'élabore et que se met en place un suivi composé des versants à la fois éducatif, pédagogique et thérapeutique.

Les ergothérapeutes interviennent sur ces 2 versants. Ils prennent en compte les capacités fonctionnelles, en permettant la réalisation d'activités significatives et valorisantes pour la personne avec autisme, ainsi que les éléments de l'environnement qui vont influencer l'émergence de ces compétences, dans le but de favoriser leur autonomie et leur participation à la vie sociale.

L'ergothérapeute agit selon les axes thérapeutiques suivants :

- Évaluation et prise en compte des particularités sensorielles et motrices (repérage des réponses inhabituelles aux expériences sensorielles, de motricité globale et fine).
- Évaluation et développement des capacités fonctionnelles de l'enfant/adolescent en fonction de son âge, nécessaire à la réalisation d'actes quotidiens (items de le CIF).
- Évaluation et aménagement de l'espace pour assurer la cohérence des repères environnementaux.

Ainsi, les ergothérapeutes cherchent à favoriser l'apparition de comportements adaptatifs à l'environnement sensoriel et social des personnes avec autisme.

Dans ce secteur, où les familles et associations sont particulièrement actives, les ergothérapeutes ont fréquemment recours aux interventions développementales et

comportementales dédiées pour cette population (teacch et ABA), ainsi qu'aux interventions focalisées (PECS). Ces programmes développés outre-atlantique sont plébiscités par les familles et répondent à certains besoins de l'enfant que l'ergothérapeute pourra inclure dans sa pratique. De même, ces familles averties, nous sollicitent de plus en plus pour pratiquer des thérapies dites d'intégration sensorielle. Cette thérapie, basée sur les théories de l'ergothérapeute J. Ayres (1979) suppose une relation entre les expériences sensorielles et les performances comportementales et motrices (Dawson & Walting, 2000).

L'ergothérapie figure à de nombreuses reprises dans le rapport d'Amaria Baghdali, rédigé à la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale pour dresser l'état des pratiques d'intervention dans l'autisme en France. L'ergothérapie y est citée en tant qu'intervention focalisée sur la sensori motricité. Elle offre selon Walting et Deitz (1999), des « techniques d'intégration sensorielle et de renforcement positif » dans le cadre de séances individuelles.

Les études réalisées dans le cadre du programme d'intervention de Greenspan (Floortime), montrent que l'ergothérapie couplée à l'orthophonie permet un meilleur engagement dans des séquences d'interactions (Greenspan & wieder, 1997),

C'est également ce que tend à confirmer l'étude de Case-Smith & Bryan (1999) où une intervention sensorielle en ergothérapie améliore l'engagement de l'enfant dans le jeu.

Outre, cet aspect essentiel sur l'implication relationnelle, l'ergothérapie s'attache à proposer un environnement adapté à la problématique des personnes rencontrées. L'étude de Martin & Adrien (2005) invite à croire qu'un environnement sensoriel structuré (utilisant l'approche Snoezelen), aurait un effet positif sur la diversité des explorations des personnes atteintes d'autisme sévère. Outre ce contexte particulier de rencontre qu'offre Snoezelen, l'ergothérapeute est le professionnel le plus à même d'envisager ses besoins environnementaux particuliers.

D'autres études s'intéressent à des aspects très spécifiques de plus en plus employés par les ergothérapeutes formés en intégration neuro sensorielle : les pressions profondes et l'usage de vestes lestées notamment. Toutefois, quelles que soient les études, celles-ci présentent certaines limites méthodologiques ne permettant pas de tirer des conclusions solides. (Edelson *et al.*, 1999 ; Kane *et al.*, 2004).

La complexité de cette atteinte cérébrale fournit un vaste champ d'explorations cliniques. Chercheurs et praticiens devront encore beaucoup œuvrer pour la qualité de vie des personnes avec autisme, tant l'hétérogénéité du spectre limite la généralisation d'une intervention unique à toutes les personnes qui en souffrent.

Références

- ⇒ Ayres, A. J. (1970). *Sensory integration and the child*. Los Angeles : Western psychological services.
- ⇒ Boisjoly & Mineau (2001). L'ergothérapie et la psychoéducation au service des jeunes enfants avec un trouble envahissant du développement : théorie et pratique. *Approcher l'énigme de l'autisme. Prisme psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 34, pp. 92-111.

- ⇒ Dawson, G., Walting, R. (2000). Interventions to facilitate auditory, visual and motor intergration un autism : a review of the evidence. *J Autism Dev Disord*, 30 (5), 415-421.
- ⇒ Edelson, S. M., Rimland, B., Grandin, T. (2003). Response to Goldstein's commentary : Interventions to facilitate auditory visual, and motor integration : "Show me te data". *J Autism Dev Disord*, 33(5), 551-552 ; discussion 553-555)
- ⇒ Fertel-Daly, D., Bedell, G., Hinojosa, J. (2001). Effects of a weighted vest on attention to task and self-stimulatory behaviors in preschoolers with pervasive developmental disorders. *Am J Occup Ther*, 55 (6), pp. 629-640.
- ⇒ Funes *et al.* Guia de buena para el tratamiento de ls trastornos del esectro autista. *Rev Neurol*, 43 (7), pp. 425-438.
- ⇒ Kaplan, H., Clopton, M., Messbauer, L., McPherson, K. (2006). Snoezolen multi-sensory environments : task engagement and generalization. *Res Dev Disabil*, 27 (4), pp. 443-455.
- ⇒ Walting, R. Deitz, J., Kanny, E.M., McLaughlin J.F. (1999). Current practice of occupational therapy for children with autism, *Am J occup Ther*, 53(5) pp. 498-505.

⇒ Rapport Chossy :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000590/index.shtml>

⇒ Plan autisme 2008-2010, dans actualités du site d'Autisme France :

<http://autisme.france.free.fr/>

⇒ Recommandations pour le diagnostic d'autisme de la Fédération Française de Psychiatrie :

<http://autisme.france.free.fr/fichiers/Recommandations%20FFP%20Diagnostic%20Autisme.pdf>

⇒ Rapport Dress :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er396/er396.pdf>

⇒ Rapport Baghdhadli pour la DGAS :

<http://www.cra-rhone-alpes.org/spip.php?article175>

⇒ Revue générale des programmes, méthodes et techniques de prises en charge des personnes atteintes d'autisme ou de troubles apparentés.

⇒ Recommandations ANESM :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip2bbc.html?page=article&id_article=333

⇒ Socle de connaissances de l'HAS :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935617/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement

L'ergothérapie permet de recouvrer les gestes et les activités de la vie quotidienne

Éléments de pratique probante

Une étude randomisée contrôlée en simple aveugle a mesuré l'efficacité d'une prise en charge ergothérapique de sujets déments et de leur entourage. 135 personnes âgées ont été suivies, elles présentaient une démence légère à modérée et étaient assistées par un soignant au moins une fois par semaine. 10 séances d'ergothérapie ont été réalisées à domicile pendant 5 semaines incluant, un bilan, des modifications de l'environnement, amélioration du potentiel de compensation en incluant les aidants. Les résultats montrent une amélioration des fonctions journalières des sujets traités, une diminution des besoins d'assistance. Les séances étant axées sur le patient et le l'aidant, les bénéfices de la prise en charge ont été maintenus lors d'une évaluation 6 semaines après l'arrêt de la prise en charge (Graff, 2006).

Une étude longitudinale de 6 mois auprès de 190 familles et aidants de patients Alzheimer démontre les bénéfices d'une intervention d'un ergothérapeute pour des aménagements de l'environnement, un apprentissage du potentiel de compensation et de résolution des problèmes. En comparant avec le groupe témoin, le groupe ayant bénéficié d'ergothérapie a démontré une diminution des difficultés liées aux troubles mnésiques, une diminution du besoin d'assistance. Les patients ont ressenti une diminution du temps perdu lié aux omissions dans les activités, un moindre besoin d'assistance, une amélioration du bien être. Les bénéfices auprès des conjoints ont été un moindre dérangement lié aux troubles du comportement (Gitlin, 2003).

Gitlin (2005) démontre le maintien des bénéfices à distance de 12 mois d'une intervention ergothérapique de modification de l'environnement et de modification de prise en charge des aidants de patients déments. L'étude randomisée auprès de 127 familles a démontré une diminution du besoin d'aide, des troubles du comportement, une amélioration de l'habileté.

Enfin, les personnes victime d'un AVC qui ont bénéficié de séances d'ergothérapie sont plus indépendantes dans leur capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver) (Legg, 2006).

Des recherches démontrent que les visites ergothérapiques à domicile en vue d'évaluer les adaptations requises entraînent l'amélioration des habiletés pour prendre un bain et d'autres activités de la vie quotidienne, de même que la capacité d'effectuer des transferts (p. ex., se lever du lit, d'une chaise, etc.) chez les aînés (Gitlin, 1999).

Des essais randomisés menés par l'Université de Nottingham indiquent que les patients victimes d'AVC qui suivent de l'ergothérapie accèdent à plus d'indépendance que ceux qui n'ont pas ce type de suivi. (Drummond, 2007). Une autre étude sur 10 essais randomisés comprenant 1348 participants (Royaume-Uni, Canada Hong-Kong) a évalué les programmes en ergothérapie visant à améliorer les compétences des soins personnels. Les chercheurs constatent que les patients qui ont reçu un traitement en ergothérapie en complément des autres traitements étaient plus indépendants au niveau de l'alimentation, de l'habillement, de la toilette et dans les

déplacements que ceux qui ont reçu un traitement classique de rééducation. De plus cette population était moins sujette au décès prématuré (Legg, 2006).

Références

- ⇒ Drummond, A. Walker, M. (1996). Generalization of the effects of leisure rehabilitation for stroke individuals. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, pp. 330-334.
- ⇒ Gitlin, L.N. (2003). Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad : 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *The Gerontologist*, 43(4), pp. 532-46.
- ⇒ Gitlin, L.N. (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(3), pp. 368-74.
- ⇒ Gitlin, L.N., Miller, K.S., Boyce, A. (1999). Bathroom modifications for elderly renters : Outcomes of a community-based program. *Technology & Disability*, 10, pp.141-149.
- ⇒ Graff, M.J. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers : randomised controlled trial. *BMJ*, 333, 1196.
- ⇒ Legg, L.A., Drummond, A.E., Langhorne, P. (2006). Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Analyse de 10 articles, 1438 cas de personnes AVC).
- ⇒ Steultjens, E.E.M.J., *et al.* (2005). Evidence of the efficacy of OT in different conditions : an overview of systematic reviews. *Clinical Rehabilitation*, 19, p. 247.

L'ergothérapie permet de concevoir des environnements adaptés, accessibles, évolutifs et sécurisés et de préconiser adéquatement les aides techniques et assistances technologiques

Le rapport du CREDES de 2003 montre une grande disparité dans les conséquences des problèmes fonctionnels sur la perte d'autonomie. La gestion et l'accompagnement de l'incapacité ont plus d'influence sur la perte d'autonomie que l'incapacité en elle-même. Ainsi, les aides techniques et l'aménagement des espaces de vie sont identifiés comme des facteurs positifs de prévention de la restriction d'activités.

La démarche nécessaire dans ce domaine est structurée et implique un certain nombre d'étapes où la compétence de professionnels qualifiés est requise :

- Veille technologique
- Analyse de la demande, des besoins, de situation de handicap et du contexte de la personne (environnement et entourage)
- Recherche de la solution (avec des essais en situation)
- Préconisation/prescription
- Financement
- Livraison et adaptations
- Apprentissage et entraînement de la personne concernée et des aidants familiaux et professionnels
- Suivi et contrôle en termes de sécurité et de réponse aux besoins

Le référentiel métier des ergothérapeutes (arrêté du 5 juillet 2010) précise la compétence et le droit de préconiser les aides techniques et les assistances technologiques (domaine d'activité n°3, Compétences n°4). L'ergothérapeute est le spécialiste de la compensation et est présent à tous les stades de la préconisation des aides techniques, les assistances technologiques (AFM, 2003) et des aménagements architecturaux (domaine d'activité n°4, compétences n°2).

Eléments de pratique probante

Les modifications environnementales et indications d'aides techniques sont une partie essentielle du rôle des ergothérapeutes. Elles consistent en une analyse intégrée de l'interaction entre les déficiences des personnes, leurs habitudes de vie et leur environnement afin de proposer des modifications environnementales, des aides techniques, des assistances technologiques permettant de réduire la dépendance et garantir la sécurité en milieu ordinaire de vie. L'ergothérapeute assure l'entraînement à leur utilisation pour garantir l'appropriation et la sécurité (Cumming, 2001).

Ainsi, de nombreuses études démontrent l'efficacité des interventions environnementales des ergothérapeutes dans divers domaines de handicap (Loomis, 1965 ; Nygard, 2004), que ce soit pour préparer une sortie d'hospitalisation (Clark, 1998 ; Gilbertson, 2000) ou favoriser le maintien à domicile (Lannin, 2007).

Une étude Australienne auprès de 530 personnes âgées a démontré que les conseils en aménagements de l'environnement réalisés par un ergothérapeute pouvaient prévenir le risque de chutes de sujets à risque (Cumming, 1999).

Une étude randomisée montre des bénéfices en termes de diminution de la perte d'autonomie de personnes âgées hospitalisées pour chute ayant bénéficié de modifications du domicile par un ergothérapeute (Pardessus, 2002).

Des résultats similaires sont obtenus par Logan auprès de sujet accidentés vasculaires qui démontre une amélioration de la mobilité des patients ayant bénéficiés d'aménagements du domicile par un ergothérapeute (Logan, 2004).

Généralement, l'action sur l'environnement de l'ergothérapeute est associée à une action auprès de la personne et de ses aidant et démontre chez le sujet dément en particulier, une amélioration des ses capacités instrumentales (IADL). Les troubles praxiques sévères et les modifications des schémas moteurs sont présents plus tardivement dans la maladie d'Alzheimer, ils précipitent la perte d'autonomie physique. L'intervention ergothérapique est alors axée sur le maintien des capacités d'autonomie de transfert, elle nécessite l'intégration d'aides techniques spécifiques permettant un maintien des capacités physiques du sujet et une diminution de la charge de travail des aidants (Gitlin, 2001).

Une étude prospective et randomisée conduite aux USA auprès de 104 personnes âgées fragiles vivant au domicile a évalué les effets à 18 mois d'une intervention consistant à délivrer des aides techniques en fonction des résultats d'une évaluation des capacités fonctionnelles et de l'habitat. Par rapport aux sujets témoins, les personnes âgées ayant bénéficié de l'intervention ont un déclin moindre de leurs capacités fonctionnelles, une augmentation moins importante de leur douleur et des dépenses moindres en matière de soins institutionnels, de soins infirmiers et d'aides humaines au domicile (Mann, 1999).

Références

- ⇒ AFM, CNSA, FCE, HAS (2007). Audition publique « *Acquisition d'une aide technique, quels acteurs, quel processus ?* »,
- ⇒ Cambois, E., Robine, J.M. (2003). Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. *DREES*, n° 261.
- ⇒ Clark, H. (1998). Equipped for going home from hospital. *Health care later life*, 3(1), 35-45.
- ⇒ Cumming, R.G., (2001). Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther*, 55(6), 641-8.
- ⇒ Cumming, R.G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill E., Westbury C. *et al.* (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards : A randomized trial of falls prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, pp. 1397-1402.
- ⇒ Gilbertson, L., (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital : randomised controlled trial. *BMJ*, pp. 320, 603-6.
- ⇒ Gitlin, L.N. (2001). A randomised control trial of a home environmental intervention : effect on efficacy and upset in caregivers and daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41(1), pp. 4-14.
- ⇒ Lannin, N.A. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BMC Health Serv Res*, 14(7), pp. 42.

- ⇒ Logan, P.A. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*, 330, pp. 1-4.
- ⇒ Loomis, B. (1965). The home visit : an intergral part of occupational therapy for patients with rheumatic disease. *Am J Occup Ther*, 19(5), pp. 264-8.
- ⇒ Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., Fraas, L., Tomita, M., Granger, C.V. (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. A randomized controlled trial. *Arch Fam Med*, 8, pp. 210-7.
- ⇒ Nygard, L. (2004). Reflecting on pratice : are home visits prior to discharge wothwhile in geriatric impatient care. *Scand J Caring Sci*, 18(2), pp. 193-203.
- ⇒ Pardessus, V. (2002). Benefits of home visit for falls and autonomy in the elderly : a randomised trial study. *Am. J. Phys. Med. Rehab.*, 81(4), pp. 247-52.

L'ergothérapie favorise une meilleure installation et un positionnement adapté de la personne à mobilité réduite

Les troubles posturaux sont fréquemment observés chez les sujets âgés en perte d'autonomie, ils sont sources d'inconfort, de limitation d'activité, de risques cutanés. Selon l'étude de Shaw, 80% des utilisateurs de fauteuil roulant en maison de retraite ont des problèmes de position assise (Shaw, 1991).

Les objectifs du positionnement intègrent les multiples répercussions possibles des déficits posturaux tant au niveau fonctionnel sur la capacité à réaliser des activités (repas, lecture, manipulation du fauteuil roulant etc.), que social (contact avec l'entourage familial et professionnel), que psychologique (estime de soi, dépression, souffrance morale), que physique (douleurs, confort, déformations ostéo-articulaires, escarres, difficultés respiratoires).

Eléments de pratique probante

Les objectifs du positionnement doivent intégrer les multiples répercussions possibles des déficits posturaux tant au niveau fonctionnel sur la capacité à réaliser des activités (repas, lecture, déglutition, manipulation du fauteuil roulant, etc.) que social (contact avec l'entourage familial et professionnel) que psychologique (estime de soi, dépression, souffrance morale) que physique (douleurs, confort, déformations ostéo-articulaires, escarres, difficultés respiratoires) (Shaw, 1991 ; Engström, 1993 ; Reid, 2002 ; Fuchs, 2003).

L'analyse par Reid de 46 études sur le positionnement au fauteuil montre la systématisation de l'intervention des ergothérapeutes dans ce domaine (Reid, 2002). L'article de Rumeau (2003) rapporte l'importance de l'action de l'ergothérapeute dans ce domaine pour prévenir les dysphagies.

Des revues systématiques de haute qualité soulignent l'importance d'une éducation de tout le personnel pour le positionnement du patient hémiparétique. Cette éducation dans les revues est prise en charge par les ergothérapeutes (Partridge, 1990 ; Inaba, 1972 ; Leandri, 1990 ; Linn, 1999 ; Chartraine, 1999 ; Hanger, 2000).

Références

- ⇒ Chartraine, A., Baribeault, A., Uebelhart, D., Gremion, G. (1999). Shoulder pain and dysfunction in hemiplegia : effects of functional electrical stimulation. *Arch Phys Med Rehabil*, 80, pp. 328-31.
- ⇒ Engström, B. (1993). *Ergonomics, wheelchairs and positioning : A book of principles based on experience from the field*. Hässelby, Suède : Posturalis.
- ⇒ Fuchs, R.H., Gromak, P.A. (2003). Wheelchair use by residents of nursing homes: effectiveness in meeting positioning and mobility needs. *Assist Technol*, 15(2), pp. 151-63.

- ⇒ Hanger, H.C., Whitewood, P., Brown, G., Ball, M.C., Harper, J., Cox, R. *et al.* (2000). A randomized controlled trial of strapping to prevent post-stroke shoulder pain. *Clin Rehabil*, 14, pp. 370-80.
- ⇒ Inaba, M., Piorkowski, M. (1972). Ultrasound in treatment of painful shoulders in patients with hemiplegia. *Phys Ther*, 52, pp. 737-42.
- ⇒ Leandri, M., Parodi, C.I., Corrieri, N., Rigardo, S. (1990). Comparison of TENS treatments in hemiplegic shoulder pain. *Scand J Rehabil Med*, 22, 69-71.
- ⇒ Linn, S.L., Granat, M.H., Lees, K.R. (1999). Prevention of shoulder subluxation after stroke with electrical stimulation. *Stroke*, 30, pp. 963-8.
- ⇒ Mee, L.Y.. (2007). A comparison study on nurses' and therapists' perception on the positioning of stroke patients in Singapore General Hospital. *Int J Nurs Pract*, 13(4) : 209-21.
- ⇒ Partridge, C.J., Edwards, S.M., Mee, R., Van Langenberghe, H.V. (1990). Hemiplegic shoulder pain : a study of two methods of physiotherapy treatment. *Clin Rehabil*, 4, pp. 43-9.
- ⇒ Reid, D.T. (2002). Critical review of the research literature of seating interventions : a focus on adults with mobility impairments. *Assist technol*, 14(2), pp. 118-29.
- ⇒ Rumeau, P., Vellas, B. (2003). Dysphagia, a geriatric point of view. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 124(5), pp. 331-3.
- ⇒ Schanen-Bergot, M.O., (2009). *Bien s'équiper pour bien dormir*. Publication AFM, Collection Repère, Savoir & comprendre, 12 p.
- ⇒ Shaw, G., Taylor, S.J. (1991). A survey of wheelchair seating problems of the institutionalized elderly. *Assist technol*, 3(1), pp. 5-10.

L'ergothérapie prévient et réduit les admissions inutiles à l'hôpital

Dans tous les pays industrialisés, de nombreux patients se présentent tous les ans aux Urgences avec un accroissement inexorable tous les ans. Ainsi, les délais pour recevoir les soins médicaux s'allongent et impactent la qualité de prise en charge. On assiste également à une pression accrue sur les lits d'aval d'hôpitaux. Les prestations de services dépassent le budget disponible et le système de santé s'interroge sur la congruence entre offre et demande : les demandes enregistrées relèvent-elle des urgences ? les patients voient-ils les bons professionnels au bon moment ?

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en moyenne 12% (FTN 2012). On constate que leurs besoins sont de plus en plus complexes (médicaux et sociaux) et requiert des aides à leurs sorties des urgences. En effet, les ressources fonctionnelles réduites chez les personnes âgées aboutissent à des détériorations significatives des activités de vie quotidienne à la suite de maladies ou de blessures banales. Mais certaines études attestent que 50% d'entre elles sont incapables de réaliser des activités de base de la vie quotidienne avec des conséquences comme une entrave à leur rétablissement, des chutes, un déclin fonctionnel accru avec un risque élevé d'admissions répétées dans le futur.

Le défi des services d'urgences ne réside pas dans le fait de savoir si la personne âgée peut sortir, mais surtout de savoir comment est-ce qu'elle va fonctionner quand elle rentrera chez elle.

Ainsi des pays comme la Grande Bretagne (premier service en 1994 à Londres), le Canada ou l'Australie ont développé des prestations d'ergothérapie aux urgences afin de répondre aux objectifs suivants :

- a) Réduire les admissions inutiles (et par conséquent réduire la pression sur les lits et réduire les coûts)
- b) Promouvoir les soins et l'accompagnement au domicile
- c) Promouvoir le « vieillissement actif », un concept qui pour l'OMS (2002) est défini comme « le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie ».

Dans la littérature, on recense les interventions ergothérapeutiques suivantes aux urgences : (George 1994, Howard 1995, Hann 1997, Close et al 1999, Hann 1997, Close et al 1999, Hendriksen 2001, Carlill et al 2002, Smith 2004)

- Evaluation des habiletés fonctionnelles et identification des facteurs de risque
- Evaluations dites « écologiques »
- Participation à la prise des décisions en concernant l'admission, la sortie ou la réorientation
- Participation à la planification des soins de santé et services sociaux
- Préconisation et attribution d'équipement de base (surtout aides techniques de mobilité)
- Information, conseil et éducation concernant la sécurité à domicile
- Guidance des aidants naturels et professionnels
- Aménagements du lieu de vie
- Accompagnement dans les changements à opérer dans les activités de vie quotidienne

Eléments de pratique probante

Plusieurs études internationales (Carlill *et al.*, 2002 ; Smith *et al.*, 2004 ; Veillette *et al.*, 2007 ; Cusick *et al.*, 2009 ; Lee *et al.*, 2009) montrent que l'intervention des ergothérapeutes aux urgences permette de réduire significativement le nombre d'admissions et de réadmissions dans les hôpitaux. Participant à l'unité d'évaluation médicale aux côtés des infirmiers, médecins et travailleurs sociaux, leur action a permis d'éviter des hospitalisations inutiles et d'adresser les patients aux services de soutien communautaires pertinents, d'anticiper le retour à domicile dans de bonnes conditions.

Bénéfices

Les résultats d'études ont montré que 67% de ceux qui sont sortis après une évaluation en ergothérapie ont permis une économie de 628000€ (Calderdale et Huddersfield, NHS Foundation Trust, a rapporté le RTO mai 2010)

Le « Rapid Emergency Assessment and Care Team » (REACT) permet d'évaluer la mobilité, les activités de la vie quotidienne, la cognition et le soutien social. Sur une période de trois mois, 126 admissions ont été économisées pour une hauteur de 121000€ (Selly Oak Hospital signalés dans OTN mai 2010 p. 30).

Une équipe d'intervention précoce dans le Norfolk a fait une économie de 222 jours-lit sur une période de six mois, ce qui équivaut à une économie d'environ 29000€ (James Paget University Hospital, Gorleston comme indiqué dans OTN mai 2010).

Le service d'ergothérapie consacré aux urgences et aux accidents de l'Hôpital Royal Cornwall couvre les 7 jours de la semaine. Ce changement a permis d'éviter de nombreuses admissions, le dépistage initial des chutes, l'économie des soins à domicile dans les 72 heures (OTN mai p. 46). Il a été démontré qu'un service consacré à la préparation de la sortie de l'hôpital a permis une plus grande rotation des patients en toute sécurité. Cela a créé des économies d'environ 138€ par jour (Allen, 2010).

Références

- ⇒ Allen, K. (2010). 'The billion dollar question': embedding prevention in older people's services – 10 'high impact' changes. A paper from Health Services Management Centre, University of Birmingham.
- ⇒ Carlill, G., Gash, E., Hawkins, G. (2002). Preventing Unnecessary Hospital Admissions: an Occupational Therapy and Social Work Service in an Accident and Emergency Department. *British Journal of Occupational Therapy* 65(10), 440-445.
- ⇒ Close, J., Ellis, M., Hope, R., Glucksman, E., Jackson, S., Swift, C. (1999). Prevention of falls in the elderly trial (PROFET) – a randomised controlled trial. *Lancet*, 353(9147), 93-97.
- ⇒ Cusick, A., Johnson, L., Bissett, M. (2009). Occupational therapy in emergency departments: Australian practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 257–265.
- ⇒ Davison, J., Bond, J., Dawson, P., Steen, N., Kenny, R. (2005). Patients with recurrent falls attending accident and emergency benefit from multifactorial intervention - a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 34, 162-168.
- ⇒ George, M. (1994). Nurses and occupational therapists. *Nursing Standard*, 8(43), 22-23.
- ⇒ Hann, C. (1997). Use of occupational therapists in accident and emergency. *Emergency Nurse*, 5(6), 26-30.

- ⇒ Hendriksen, H., Harrison, R.A. (2001). Occupational therapy in accident and emergency departments: a randomised controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 36(6), 727-732.
- ⇒ Hill, N. (2010). Therapy in an acute front line service. *Occupational Therapy News* 18(5), 25.
- ⇒ Howard, R. (1995) Reasons for older people attending A&E. *Nursing Times*, 91(13), 40-43.
- ⇒ Lee, V., Ross, B., Tracy, B. (2001). Functional assessment of older adults in an emergency department. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 121-129.
- ⇒ Recommendations based on review of evidence in the Transformational Guide : Acute Care Closer to Home, available in : Department of Health (2009) *Transforming Community Service: Ambition Action Achievement Transforming Services for Acute Care Closer to Home*. London : DH. Disponible sur : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_102198.pdf
- ⇒ Smith, T., Rees, V. (2004). An Audit of Referrals to Occupational Therapy for Older Adults attending an Accident and Emergency Department. *British Journal of Occupational Therapy* 67(4), 153-158.
- ⇒ Veillette, N., Demers, L., Dutil E. (2007). Description de la pratique des ergothérapeutes du Québec en salle d'urgence. *La Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 74 (4), 348-358.

L'ergothérapie maximise les conditions de retour à domicile après hospitalisation

Eléments de pratique probante

Les expertises à domicile sont une pratique courante des ergothérapeutes. Une étude anglaise a questionné 265 services d'ergothérapie au Royaume Uni, 65 % réalisent des expertises du domicile (Patterson, 2001). De nombreuses études démontrent l'influence positive de l'intervention environnementale des ergothérapeutes dans divers domaines du handicap chez les cérébro-lésés (Logan, 2003 ; Lannin, 2007 ; Gilbertson, 2000 ; Cumming, 2001). Logan (2004) démontre une amélioration de la mobilité des patients ayant bénéficié d'aménagements du domicile par un ergothérapeute. Les ergothérapeutes aident les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral à gérer leur retour à domicile et ce dans tous les domaines de la vie quotidienne (Legg, 2007) et à renouer avec leur réseau social (Logan, 2004).

Une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portant sur les services d'ergothérapie accompagnant la sortie d'hôpital d'une personne ayant subi un AVC a permis de démontrer que les personnes ayant reçu des traitements étaient moins réadmisées à l'hôpital pendant l'année suivant l'hospitalisation (Corr, 1995).

Une étude britannique rapporte que des services d'ergothérapie individualisés ayant une composante pour rehausser la participation aux activités de loisirs chez les personnes ayant reçu leur congé d'une unité pour le traitement d'un AVC, ont entraîné une plus grande mobilité, énergie et santé psychologique (Drummond, 1996).

Cochrane a mené une analyse de 14 études à échantillon aléatoire et contrôlé qui lui a permis de conclure que les services de rééducation à domicile pour les personnes se rétablissant d'un AVC permettent de réduire ou de freiner la perte d'autonomie et d'améliorer les habiletés pour les soins personnels (Outinidividual, 2003).

Une revue sur la revalidation à domicile après AVC a été effectuée sur un total de 1617 patients retenant 14 études (Legg, 2004). Les auteurs concluent que le traitement combiné de kinésithérapie, d'ergothérapie et de thérapie multidisciplinaire pour les patients résidents à domicile améliore leurs possibilités d'autonomie et réduit le risque de détérioration de ces possibilités.

Au-delà de la motricité, l'impact de l'action de l'expertise du domicile et des mises en situation dans le lieu de vie est significatif dans la sphère cognitive. L'action sur l'environnement de l'ergothérapeute, sur le patient et sur les aidants apporte une amélioration des capacités instrumentales (IADL) (Gitlin, 2001 ; 2003).

Dans une étude britannique sur échantillon aléatoire et contrôlé sur des services d'ergothérapie intensifs à domicile pour les personnes ayant été hospitalisé pour un AVC, les personnes ayant reçu rapidement des services intensifs d'ergothérapie à domicile (moyenne de 6 visites sur une période de 4 mois) ont amélioré leur mobilité et leur participation à des activités de loisir après 3 mois de suivi. Ces personnes étaient plus autonomes pour les habiletés de gestion du domicile que les personnes ayant reçu une moyenne de 2,5 visites sur une période de 1,6 mois. Le fardeau de l'aidant a également été réduit après 6 mois de suivi, par rapport à des personnes ayant reçu des services moins intensifs (Logan, 1997).

Une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portant sur un programme d'ergothérapie de courte durée à l'intention de personnes retournant à la maison après avoir subi un AVC, montre, après un suivi de huit mois, une amélioration des activités de base de la vie quotidienne chez plus d'individus que ceux qui n'ont pas reçu de traitement d'ergothérapie.

Les personnes victimes d'un AVC ont amélioré leur rendement occupationnel après avoir suivi un programme d'ergothérapie à domicile comprenant 10 visites de 30 à 45 minutes (Gilbertson, 2000).

Une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portant sur les services d'ergothérapie à domicile montre que les capacités fonctionnelles des personnes ayant subi un AVC ayant été suivies pendant un an étaient moins réduites et que ces personnes étaient plus autonomes dans les activités liées aux soins personnels que les personnes n'ayant pas été traitées (Walker, 2001).

Dans une étude menée à Montréal, une moyenne de 4 visites en ergothérapie offrant du soutien à des personnes ayant récemment reçu leur congé de l'hôpital à la suite d'un AVC a entraîné l'acquisition de meilleures habiletés pour la gestion du domicile et la réintégration sociale, comparativement à des personnes qui n'ont pas reçu ce service (Mayo, 2000).

Une étude britannique rapporte que les soins apportés aux personnes ayant subi un AVC recevant des services à domicile suite à leur congé précoce de l'hôpital sont d'approximativement 8 % moindre que les soins reçus à l'hôpital. Ces personnes ont reçu plus de traitements et de services à la personne et étaient plus satisfaites des soins reçus. En moyenne, les personnes ayant reçu un congé précoce ont eu 17 visites à domicile en ergothérapie, de même que l'équivalent de 3,3 visites en soins indirects (Beech, 1999).

Dans une étude britannique portant sur des personnes ayant subi un AVC et ayant reçu des services complets de réadaptation comprenant des services d'ergothérapie à domicile mais n'ayant pas été admises à l'hôpital, on observe une réduction de l'anxiété, de la dépression et du fardeau de l'aidant (Wolfe, 2000).

Une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portait sur le congé précoce de l'hôpital de personnes se rétablissant de divers problèmes médicaux et orthopédiques, suivi de services à domicile comprenant des services d'ergothérapie. Cette étude indique qu'à l'exception des chirurgies de remplacement du genou, il n'y avait pas de différence dans les résultats de santé ou dans le stress de l'aidant après une période de 3 mois (Shepperd, 1998). Une analyse économique effectuée plus tard dans le temps démontre que les soins hospitaliers reçus à domicile étaient moins coûteux seulement pour le groupe ayant subi une hystérectomie (Shepperd, 1999). Toutefois, cette étude indique que les personnes ayant besoin d'aide reçoivent des services d'ergothérapie pour vivre à domicile.

Une étude portant sur 50 personnes de plus de 75 ans regagnant leur domicile après une affection aigue prise en charge en SSR compare les résultats de la réinsertion à 2 mois, la moitié ayant bénéficié d'une visite à domicile par un ergothérapeute. À 2 mois, toutes les personnes du groupe ayant bénéficié d'ergothérapie étaient encore chez elles, contre 60% dans l'autre groupe, la durée de séjour et l'autonomie étant comparables dans les deux groupes. La différence porte sur les aides humaines, plus souvent acceptées lorsqu'il y a une intervention au domicile, et sur les patients « fragiles », présentant une faible autonomie, un isolement ou un état mental médiocre à la sortie (Ah-Soune, de Vignerte, 2000).

Bénéfices

Dans une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé portant sur des aînés souffrant de problèmes médicaux divers, la réadaptation quotidienne à domicile prodiguée par une équipe comptant des ergothérapeutes entraîne une réduction des coûts pour le système national de santé et de services sociaux et pour la personne (Coast, 1998).

Les adaptations de logement réduisent la nécessité de visites quotidiennes et réduisent ou suppriment les coûts des soins à domicile (1380€ à 33500€ en Grande Bretagne par an selon Heywood, 2007).

Une étude australienne démontre une réduction positive des coûts associés aux soins intensifs et une amélioration de la satisfaction de la personne lorsque le congé est accompagné d'un suivi en ergothérapie, chez des personnes admises pour un AVC ou une perte d'autonomie (Brandis, 1999).

Références

- ⇒ Ah-Soune, M.F., De Vignerte, B. (2000). Intérêts et coûts d'une réinsertion gériatrique après séjour en soins de suite et réadaptation. *La revue de Gériatrie*, vol 25, n°7, 471-476.
- ⇒ Beech, R. (1999). Economic Consequences of early individual discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital. *Stroke*, 30, 729-735.
- ⇒ Brandis, S. (1999). Use of contract occupational therapy services to facilitate early discharge from hospital [corrected] [published erratum appears in *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 76. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1998, 45,131-138.
- ⇒ Coast, J., Richards, S.H., Peters, T.J., Gunnell, D.J., *et al.* (1998). Hospital at home or acute hospital care ? A cost minimization analysis. *British Medical Journal*, 316, 1802-1806.
- ⇒ Corr, S., Bayer, A. (1995). Occupational therapy for stroke individuals after hospital discharge - a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 9, 291-296.
- ⇒ Cumming, R.G. (2001) Adhérence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther*, 55(6), 641-8.
- ⇒ Drummond, A. Walker, M. (1996). Generalization of the effects of leisure rehabilitation for stroke individuals. *British Journal of Occupational Therapy*, 59,330-334.
- ⇒ Gilbertson, L., Langhorne, P., Walker, A., Allen, A., Murray, G.D., (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital : randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 320(7235), pp. 603-606.
- ⇒ Gitlin, L.N. (2001). A randomised control trial of a home environmental intervention : effect on efficacy and upset in caregivers and daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41(1), 4-14.
- ⇒ Heywood, F. *et al.* (2007). Better outcomes, lower costs. London, The Stationery Office
- ⇒ Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman, J.R.F., Corr, S., Donkervoort, M., Edmans, J., Gilbertson, L., Jongbloed, L., Logan, P.A., Sackley, C., Walker, M.F., Langhorne, P. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke : systematic review of randomised trials. *British Medical Journal*, 335 : 922.
- ⇒ Legg, L., Langhorne, P.R. (2004). Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home : systematic review of randomized trials. *Lancet*, 363, 352-6.

- ⇒ Legg, L.A., Drummond, A.E., Lanhorne, P. (2006). Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- ⇒ Logan, P.A., Ahern, J., Gladman, J.R.F., Lincoln, N.B. (1997). A randomized controlled trial of enhanced social service occupational therapy for stroke individuals. *Clinical Rehabilitation*, 11, 107-113.
- ⇒ Logan, P.A., Gladman, J.R.F., Avery, A.J., Walker, M.F., Dyas, J., Groom, L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *British Medical Journal*, 329(7479), pp.1372-1375.
- ⇒ Mayo, N.E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J. *et al.* (2000). There's no place like home. An evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*, 31, 1016-1023.
- ⇒ Outindivual, S.E. (2003). Therapy-based rehabilitation services for stroke individuals at home (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002925.
- ⇒ Parker, C.J., Gladman, J.R., Drummond, A.E., Dewey, M.E., Lincoln, N.B., Bower, D. *et al.* (2001). A multicentre randomized controlled trial of leisure therapy after stroke. TOTAL Study Group. Trial of Occupational Therapy and Leisure. *Clin Rehabil*, 15, 42-52.
- ⇒ Shepperd, S. Harwood, D., Jenkison, C., Gray, A. (1998). Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inividual medical care 1 : Three month follow up of health outcomes. *British Medical Journal*, 316, 1786-1791.
- ⇒ Shepperd, S., Harwood, D., Gray, A., Vessey, M., Morgan, P. (1999). Randomized controlled trial comparing hospital at home care with individual hospital care. II : Cost minimization analysis. *British Medical Journal*, 316, 1791-1796.
- ⇒ Walker, M.F., Hawkins, K., Gladman, J.R.F., Lincoln, N.B. (2001). Randomized controlled trial of occupational therapy at home : Results at 1 year. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 70, 267.
- ⇒ Walker. M.F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., Drummond, A., Gilbertson, L., Gladman, J.R.F., Jongbloed, L., Logan, P.A., Parker, C. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*, 35(9), pp. 2226-2232.
- ⇒ Wolfe, C.D.A., Tilling, K., Rudd, A.G. (2000). The effectiveness of community-based rehabilitation for stroke individuals who remain at home : A pilot randomized trial. *Clinical Rehabilitation*, 14, 563-569.

L'ergothérapie permet d'ajuster le recours aux services de soins à domicile

Eléments de pratique probante

Le fait de l'âge explique, pour certaines personnes, leur renoncement à certaines tâches de leur vie quotidienne au profit d'aides à domicile par exemple.

De plus, la prise en charge de la dépendance est essentiellement organisée autour de la mise à disposition d'aides à domicile dans le but de répondre aux besoins liés à une diminution des capacités. L'évaluation et la préconisation de ces aides sont essentiellement sociales et n'impliquent pas la notion de promotion de la santé.

Tout en reconnaissant son importance économique, ce modèle d'accompagnement social est identifié par plusieurs rapports comme facteur précipitant la limitation d'activité, s'il n'intervient pas dans une gestion plurifactorielle de la perte d'autonomie. La corrélation positive entre le niveau d'indépendance et la santé a fait l'objet de nombreuses études. Le rapport du CREDES (bureau d'études indépendant en santé publique) montre une grande disparité dans les conséquences des problèmes fonctionnels sur la perte d'autonomie (Cambois, 2003). La gestion et l'accompagnement de l'incapacité ont plus d'influence sur la perte d'indépendance que l'incapacité en elle-même. Ainsi, la rééducation, les aides techniques et l'aménagement des espaces de vie sont identifiés comme des facteurs positifs de prévention de la limitation d'activités.

Les ergothérapeutes travaillent avec les personnes dépendantes et en situation de handicap pour développer leurs capacités d'agir, adapter leur environnement afin qu'ils puissent mener leurs activités le plus indépendamment possible et en toute sécurité. Ils répondent aux besoins individuels grâce à des programmes de réadaptation qui mettent l'accent sur l'amélioration des capacités des personnes et en les aidant à s'engager dans une vie sociale par le biais des activités motivantes et de loisirs.

L'ergothérapie permet d'adapter le recours en aides humaines aux justes besoins de la personne. Sur une grande échelle, leurs actions permettent de mieux répartir les ressources.

De plus, l'action des ergothérapeutes portant également sur l'évaluation et la résolution des problèmes liés aux manutentions manuelles (DH 2008) permet de protéger les aidants et d'éviter les maladies professionnelles.

Bénéfices

En Grande Bretagne, les ergothérapeutes intervenant dans le maintien à domicile ont produit des économies substantielles. Dans 50% des cas examinés, l'ensemble des soins a été supprimé et dans le reste des cas, l'offre a été significativement réduite (Riverside Community Health Care NHS Trust, 1998).

Une étude qui a exploré la relation entre la fourniture d'équipements et la réduction des coûts en terme de soins et d'assistance a conclu que sur une période de huit semaines, les économies ont été de plus de 70000€ (Hill, 2007).

Les adaptations du logement permettent de réduire la nécessité de visites quotidiennes et de réduire ou de supprimer les coûts des soins à domicile (1380€ à 33500€ par an) (Heywood, 2007).

Grâce à leurs conseils en termes de déplacement et de manutention, les ergothérapeutes ont réduit la nécessité de deux soignants pour assurer les soins personnels. Dans le Somerset, des 125 utilisateurs des services qui ont été évalués, 37% d'entre sont assisté par un personnel soignant (au lieu de deux) grâce à l'action de l'ergothérapeute, avec des économies de 310000€. La moyenne de l'investissement initial en équipement est de 880€ par usager (Somerset rapport).

On estime qu'un retard d'un an dans la fourniture d'une adaptation à une personne majeure les coûts de 4600€ (soins et de réparation Angleterre 2010).

En Grande Bretagne, on a pu mesurer que le report d'entrée dans un établissement d'hébergement d'un an grâce à l'adaptation des domiciles permettait d'économiser 32500€ par personne (Laing, 2008).

Références

- ⇒ Allen, K., et al. (2010). « *The billion dollar question* » : *embedding prevention in older people's services – 10 'high impact' changes. A paper from Health Services Management Centre, University of Birmingham.*
- ⇒ Cambois, E., Robine, J.M. (2003). Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. *DREES*, n° 261.
- ⇒ College of Occupational Therapists (2008) *Position Statement : The value of occupational therapy and its contribution to adult social service users and their carers.*
- ⇒ Department of Health of Great Britain (2008). Occupational Therapy in Adult Social Care in England : Sustaining a high quality workforce for the future.
- ⇒ Heywood, F., Turner, L. (2007). *Better outcomes, lower costs : Implications for health and social care budgets of investment in housing adaptations, improvements and equipment : a review of the evidence.* London : Her Majesty's Stationery Office.
- ⇒ Somerset County Council (2009). *project carried out by OTs investigated the prospect to substitute equipment for domiciliary carers assisting services users in their home (there were 2 carers assisting 1 service user). Held at COT.*
- ⇒ Riverside Community Health Care NHS Trust (1998). *The Victoria Project : community occupational therapy rehabilitation service : research findings and recommendations.* London : Riverside Community Health Care NHS Trust.