

Contribution de l'ergothérapie dans la lutte contre la dépendance

Mars 2011

Siège :

34 Av. Aristide Briand
94110 Arcueil
Tel : 01 49 85 12 60
Fax : 01 49 85 13 60
Courriel : accueil@anfe.fr

SFC service de formation continue :

BP 115
50110 TOURLAVILLE
Tel : 02 33 44 29 43
Fax : 02 33 44 35 13
Courriel : sfc.secretariat@anfe.fr

Revue ergOTHérapies :

Service abonnement , Bp 1
59361 Avesnes sur Helpe Cedex
Tel : 03 27 56 38 56
Fax : 03 27 61 22 52
Courriel : revue.abon@anfe.fr

I – L'avancée en âge et la dépendance

Le vieillissement démographique qui caractérise la plupart des pays occidentaux représente un défi majeur pour le XXI^{ème} siècle. Cet enjeu est à la fois culturel, social, médical mais aussi économique. Cette situation est la résultante de deux facteurs, l'avancée en âge de la population issue du baby boom et l'allongement de l'espérance de vie dû aux progrès médicaux et sociaux.

En 2050, l'INSEE prévoit 22,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement serait le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1975. Le vieillissement de la population française va donc s'accroître entre 2005 et 2050 : alors que 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050.

Le vieillissement est un processus biologique à l'œuvre dès le début de l'existence, et qui modifie constamment, à notre insu, la structure et le fonctionnement de notre être. Héritage génétique et patrimoine héréditaire entraînent des modifications morphologiques, psychologiques, physiologiques consécutives à l'action du temps.¹

L'étude HID réalisée en France entre 1998 et 1999 indique que les personnes de plus de 60 ans déclarent diverses situations de handicap montrant bien l'impact dans la vie sociale des déficiences et des incapacités.

Tab. 1 : Les diverses approches du handicap en pourcentage dans l'ensemble de la population française – Source : Données HID 1998-1999)

Diverses approches du handicap selon l'âge	% Femmes		% Hommes		% Ensemble	
	moins de 60 ans	plus de 60 ans	moins de 60 ans	plus de 60 ans	moins de 60 ans	plus de 60 ans
Recourir à des aides techniques	4,5	38,2	4,8	32,0	4,6	35,6
Être titulaire d'un taux d'incapacité ⁽¹⁾	3,0	10,6	6,2	16,5	4,6	13,1
Rencontrer ou avoir rencontré un problème d'emploi ⁽²⁾	15,5	11,7	14,5	12,4	15,0	12,0
Avoir une déficience ⁽³⁾	31,1	76,9	29,9	72,6	30,5	75,1
Recevoir une allocation	2,3	5,0	4,5	10,8	3,4	7,5
Être confiné au lit	0,7	9,4	1,0	7,5	0,9	8,6
Être aidé pour sortir ⁽⁴⁾	0,7	6,7	0,5	2,4	0,6	4,9
Recourir à une aide humaine	4,4	32,7	3,4	21,4	3,9	27,9

(1) Proportion de personnes déclarant un taux officiel d'incapacité.

(2) Parmi les 20 ans et plus : personnes inaptes à l'emploi, ou ayant dû l'abandonner, ou devant avoir un emploi aménagé pour raison de santé.

(3) Les déficiences sont les pertes (amputations, scléroses,...) ou dysfonctionnement des diverses parties du corps ou du cerveau.

(4) Sont regroupées dans cette catégorie les personnes ni confinées au lit, ni ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement

¹ Bourlière (1982). Gérontologie biologique et clinique, Flammarion.

Le carnet de santé de la France 2003² indique qu'à domicile, la proportion de personnes ayant au moins une déficience³ augmente avec l'âge, passant de moins de 20% avant 10 ans à plus de 90% à partir de 80 ans. Au-delà de 90 ans, 86,4% des personnes sont atteintes de plusieurs déficiences. Les incapacités⁴ les plus fréquentes concernent, d'une part, la mobilité et les déplacements, d'autre part la vue, l'ouïe et le langage. Les difficultés les plus grandes ou les plus intimes, concernent la toilette, l'habillement et l'alimentation ainsi que l'hygiène et l'élimination. Il existe, de plus, une différence selon les catégories sociales : 12,6% des cadres déclarent souffrir de plusieurs déficiences contre 23,1% des employés.

Ainsi, l'avancée en âge va affecter la capacité de la personne à se réaliser dans ses activités et diminuera sa qualité de vie. Comme le montre très bien le modèle d'optimisation sélective avec compensation (Baltes et Baltes, 1990)⁵, la personne va progressivement abandonner certaines activités au profit des plus importantes pour elle. L'optimisation sélective avec compensation constitue un processus d'adaptation aux situations de la vie courante et aux changements physiques vécus.

- La sélection correspond à une restriction des activités d'une personne à certains domaines particuliers en raison de changements liés au vieillissement et à la maladie, les domaines d'activités conservés dénotant souvent les priorités de la personne.
- L'optimisation traduit l'engagement d'une personne dans des comportements qui lui permettent de réaliser les activités de la vie courante les plus importantes pour elle.
- La compensation survient au moment où il devient impossible d'adopter les comportements spécifiques nécessaires à l'accomplissement de certaines activités.

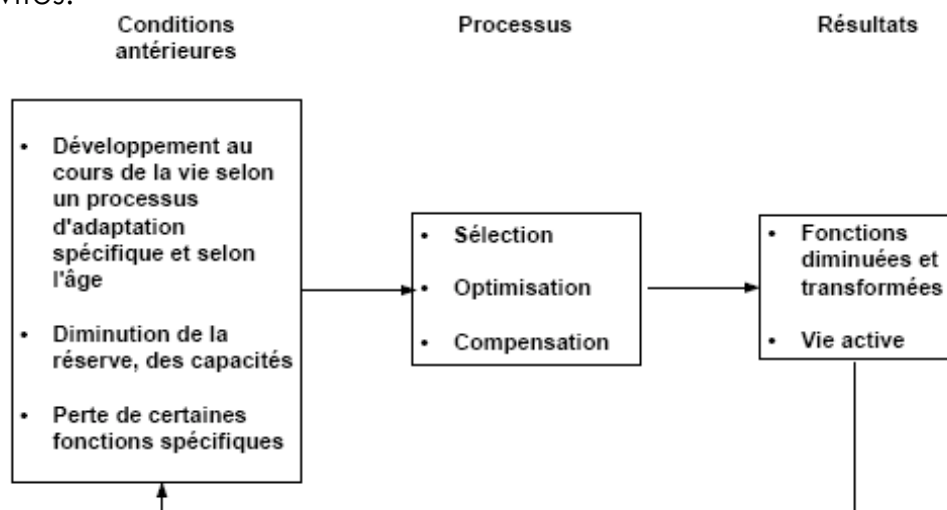


Fig. 1 : Modèle d'optimisation sélective avec compensation (Baltes et Baltes, 1990)

² De Kervasdoué, J. (2003). *Carnet de santé de la France 2003*. Paris : Dunod, 248 p.

³ Désigne les altérations d'une fonction organique ou anatomique, tels un écart ou une perte importante (CIF, 2001).

⁴ Correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normale pour un être humain. (CIF, 2001).

⁵ Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). « *Psychological perspectives on successful ageing : The model with selective optimisation and compensation* ».

Mais la diminution des activités peut conduire elle-même à une plus grande détérioration. La probabilité de présenter des déficiences ou des maladies va augmenter, ce qui restreindra les performances et entraînera des situations de dépendance d'un tiers chez certaines personnes âgées.

Mais chaque individu vieillit d'une manière et à une vitesse différente car il est également conditionné par son expérience préalable à la vie, par le milieu où il vit et où il a vécu »⁶. Les habitudes de vie ainsi que l'environnement peuvent alors représenter des facteurs aggravant⁷.

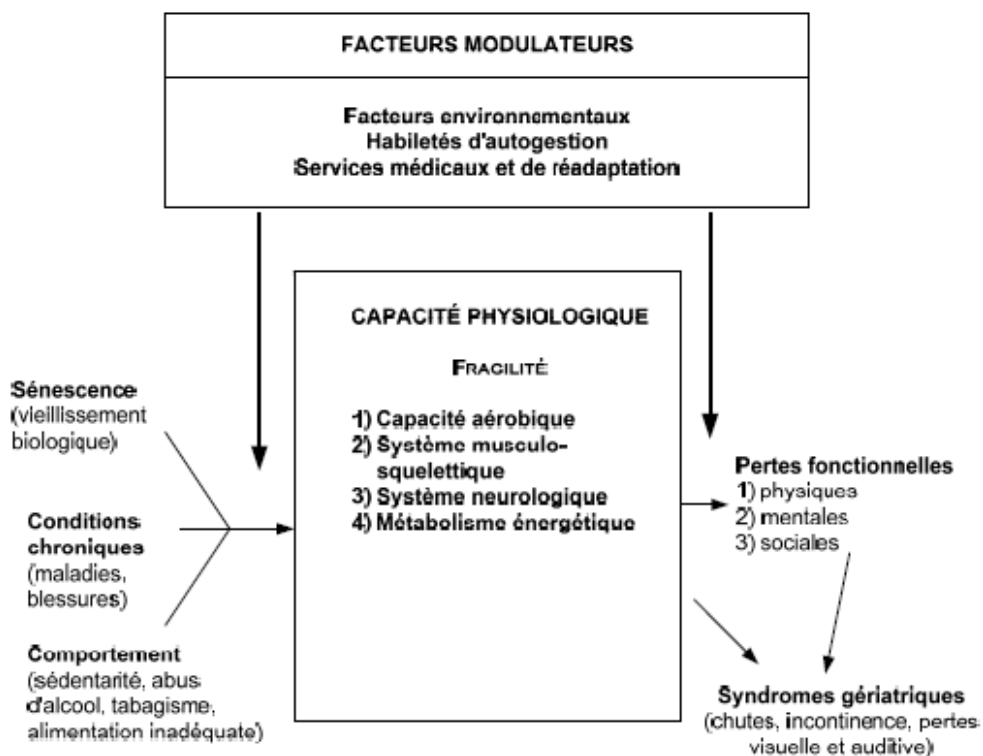


Fig. 2 : Modèle des incapacités liées à la fragilité (Buchner et Wagner, 1992)

Cette progression démographique constitue alors une véritable révolution, car elle s'associe à une augmentation significative, dans les tranches d'âge les plus élevées, de problématiques socio familiales, de perturbation psychologique et de maladies chroniques avec son lot de conséquences en termes de déficience et de situation de handicap. Son impact sera de plus en plus marqué sur notre système de protection sociale, accentué par l'amoindrissement du rôle de la famille dans la prise en charge des personnes âgées.

L'objectif prioritaire des sociétés à fort taux de vieillissement est donc de réduire dans un premier temps l'incidence des morbidités ou maladies prévalentes avec l'âge, à l'origine d'incapacités. Dans un second temps, les enjeux de santé publique reposeront surtout sur la prise en charge globale de la fragilité et des polyopathologies, mais aussi la prise en charge de la dépendance.

⁶ Perron M. (1996). Communiquer avec des adultes âgés : la clé des sens, Edition de la chronique sociale.

⁷ Buchner et Wagner (1992). Modèle des incapacités liées à la fragilité.

II - Une prise en charge de la dépendance à définir

Comme nous l'avons vu ci-dessus, le problème de la dépendance ne peut pas être abordé que sur son versant économique. La recherche d'un modèle de financement doit être la conséquence du projet social que notre pays souhaite mettre en œuvre. Il est nécessaire d'améliorer la prise en charge de la dépendance et de réduire le reste à charge des familles. Le socle de la solidarité doit être préservé sans alourdir la charge sur les actifs.

Le modèle d'accompagnement social actuel est identifié dans plusieurs rapports comme facteur précipitant de la restriction d'activité, s'il n'intervient pas dans une gestion plurifactorielle de la perte d'autonomie. Le rapport du CREDES⁸ montre une grande disparité dans les conséquences des problèmes fonctionnels sur la perte d'autonomie. **La gestion et l'accompagnement de l'incapacité a plus d'influence sur la perte d'autonomie que les incapacités en elles-mêmes. Ainsi, la rééducation, les aides techniques et l'aménagement des espaces de vie sont identifiés comme des facteurs positifs de prévention de la restriction d'activités.**

De nombreux gérontologues dénoncent actuellement une intervention trop centrée sur une prise en charge médicale et médicamenteuse avec un manque flagrant d'alternatives, mais aussi une limitation des possibilités de prescription et donc d'utilisation et de gestion des aides techniques. L'évolution des pathologies induit la détresse des aidants, et l'insuffisance d'accompagnement des familles dans la prise en charge au quotidien de leurs parents.

La précocité des retours dans les milieux de vie, la faiblesse du réseau médico-social autour de la personne handicapée et de sa famille, les Durées Moyennes de Séjour (DMS) plus courtes, les interventions au domicile plus nombreuses (HAD, SSAD...), la réorganisation des établissements nous pousse donc vers une réflexion en faveur d'une réorganisation de notre offre de services auprès des personnes âgées.

Notre système de protection sociale a déjà apporté des réponses en développant des alternatives à l'hospitalisation, des possibilités accrues de vivre à domicile et des dispositifs innovants tant sanitaires que sociaux, mais encore insuffisants :

- hospitalisation à domicile
- hôpitaux de jour
- équipes mobiles
- filières de soins, réseau ville-hôpital,
- services d'aides et de soins à domicile
- Allocation Personnalisée d'Autonomie

⁸ Cambois E, Robine JM. Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. DREES; N° 261, sept 2003.

III – Contribution de l'ergothérapie

Le recours à des suivis spécifiques pour des sujets aux besoins spécifiques favorise l'émergence d'un panel d'offres diversifiées ainsi que de pratiques probantes où l'ergothérapeute possède un rôle d'importance au milieu des professions paramédicales et sociales, que ce soit dans le cadre d'une pratique institutionnelle ou de réseau.

La santé et le bien-être sont intimement liés à la capacité d'une personne de participer aux occupations de la vie. Par ailleurs, 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 et sa satisfaction envers la vie pour un vieillissement réussi⁹.



Fig. 3 : Modèle du vieillissement réussi (Rowe & Kahn, 1998)

L'ergothérapie, en tant que pratique basée sur le développement de la performance dans les activités, est une réponse essentielle aux problèmes de la personne âgée dépendante et de son entourage. Par une démarche préventive et réhabilitative, elle permet d'éviter les désadaptations et d'améliorer la qualité de vie sur les lieux d'habitation des personnes (institution ou domicile) et accompagne l'entourage (professionnel ou familial) à travers une action éducative.

La théorie de l'activité¹⁰ dénonce l'existence d'un « désengagement réciproque de la société et de l'individu. Celui-ci cesserait peu à peu de participer à la vie de la communauté qui, d'ailleurs, lui offre de moins en moins de place et d'avantages »

Le maintien d'un niveau suffisant d'activité est donc identifié comme primordial dans la prévention primaire. Bonnefoy démontre par exemple qu'il est

⁹ Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1998). « The structure of successful aging », chapitre 2 dans *Successful aging*, New York: Random House, Pantheon Books, p. 36-52.

¹⁰ Cummings, E., Henry, W.E. (1931). *Growing old : The process of disengagement*. New York : Basic Books.

directement relié à l'aptitude aérobie qui conditionne le maintien des fonctions musculaires à un âge élevé (1996). D'ailleurs, les limitations d'activités de la vie quotidienne précèdent et accompagnent la fragilité d'une personne âgée. La rupture ou le déclin de la réalisation d'activités est donc un signal d'alerte du risque de fragilité.

L'exercice, l'entraînement ou le réentraînement, tant général(aux) que spécifique(s), permettent de ralentir certaines baisses de performance liées à l'âge grâce aux processus de préservation, de compensation et d'adaptation.

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 et sa satisfaction envers la vie. À l'inverse, une interruption ou un changement d'activité peut entraîner une plus grande dépendance, un manque de confiance et des symptômes dépressifs. La santé et le bien-être sont donc intimement liés à la capacité d'une personne de participer à des activités signifiantes et significatives.

Marie Chantal Morel¹¹ explique que l'activité est aussi nécessaire que l'alimentation. *« Nous savons maintenant que nous avons besoin d'une alimentation régulière, suffisante et équilibrée, c'est la même chose pour l'activité :*

- *Notre corps a besoin de soins d'hygiène, d'une activité physique régulière, d'une alimentation équilibrée....*
- *Nous avons besoin de produire pour vivre : que ce soit un repas, un travail, un courrier ou une lessive....*
- *Nous avons besoin de nous faire plaisir à travers l'activité pour nous « récréer », nous ressourcer : que ce soit une promenade ou « papoter » avec des amis, admirer un coucher de soleil ou écouter de la musique...*

L'équilibre entre ces différentes activités est aussi important que l'équilibre nutritionnel entre les lipides, les protides et les glucides. »

Un changement important dans les activités comme au moment du départ à la retraite peut avoir un impact important sur la santé (pouvant entraîner une maladie, une dépression...). Il s'agit souvent, à ce moment-là, pour la personne de réorganiser sa vie et ses activités selon ses valeurs fondamentales (par exemple, se sentir utile, avoir des relations sociales, etc.). Ann Wilcock¹² a mis en évidence le fait qu'un déséquilibre prolongé entre les activités entraîne fatigue, stress, ennui... Ce qui conduit à une baisse de l'immunité vis-à-vis de la maladie (par exemple grippe, cancer....) et à une susceptibilité accrue d'accident.

Dans le cadre de ses travaux de recherche, Csikszentmihalyi¹³, psychologue américain, a montré qu'on pouvait améliorer sa qualité de vie en s'engageant dans des activités qui ont de l'importance pour nous, qui constituent un défi et

¹¹ Morel, M-C. (2008). Sciences de l'activité humaine et bien vieillir, *Ergoscope*, n°3, pp. 4-6.

¹² Wilcock, A. (1998). *An occupational perspective of health*, Thorofare, USA, Slack, 266 p.

¹³ Morel Bracq, M-C. (2001). Activité et qualité de vie, la théorie du Flow, *ergOTHérapies*, n° 4, pp. 19-26.

sollicitent toutes nos capacités, nous procurant un sentiment « d'expérience optimale » ou « Flow ».

Les caractéristiques de l'expérience optimale sont d'ailleurs souvent à la base du travail réalisé en ergothérapie :

- Objectifs en rapport avec les capacités de la personne ;
- Capacités de concentration suffisantes et objectifs clairs ;
- Investissement important mais sans effort disproportionné ;
- Sensation de contrôle de ses actions ;
- Disparition de la conscience de soi pendant l'activité mais qui émerge plus fort après la réussite ;
- Altération du sens du temps.

Aux Etats-Unis, deux ergothérapeutes, Florence Clark et Jeanne Jackson¹⁴, ont élaboré un programme appelé *Lifestyle Redesign*® pour aider les personnes âgées à améliorer leur fonctionnement et à s'engager dans des activités particulièrement importantes pour elles. Les évaluations réalisées avant et après le programme ont montré l'engagement des personnes dans des occupations qu'elles ne pensaient plus pouvoir faire et le plaisir qu'elles ont retiré de ces rencontres. Elles ont aussi exprimé la sensation de sécurité et de soutien qu'elles ont perçu tout au long du processus, en particulier lors des mises en situation à l'extérieur.

L'engagement dans des occupations constitue donc une réponse à la problématique de la fragilité, l'augmentation des réserves physiologiques et le maintien de la fonction sociale et du psychisme en diminuant l'isolement. Observer, maintenir, restaurer l'activité spontanée semble être un enjeu majeur de l'accompagnement des personnes âgées. Le lien entre activité, santé et environnement est donc important pour les personnes âgées ou handicapées mais aussi pour prévenir les problèmes de santé dans son acception la plus large.

La prévention primaire cherche à lutter contre les facteurs influençant l'évolution vers un état de faiblesse ou d'instabilité, que ce soit au niveau des habitudes de vie ou des pathologies. D'ailleurs, les campagnes de promotion de la santé ont pour objectifs d'augmenter les réserves physiologiques par l'activité physique et l'équilibre nutritionnel, de lutter contre l'isolement, de limiter la polymédication, de prévenir certaines infections par les vaccinations et de corriger les déficiences sensorielles.

Cependant, la prise en charge des personnes âgées 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.

¹⁴ Clark, F., Azen, S.P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., Zemke, R., Jackson, J., Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults : long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology Series B: Psychological & Social Sciences*, 56(1), pp. 60-63.

Cette prévention nécessite une sensibilisation des personnes âgées mais aussi de leur entourage naturel et professionnel afin de démontrer l'importance du maintien des occupations dans la prévention de la perte d'autonomie.

Le modèle de vieillissement en santé (Model of healthy aging, 2001) de Bryant, Corbett et Kutner¹⁵ résume bien ces propos. Dans ce modèle, vieillir en santé est le fruit d'un ensemble de liens établis entre différents aspects qui pourrait se résumer par l'expression « *Going and doing* », et que l'on pourrait traduire par « bouger et agir » et qui évoque le bien-être, l'accomplissement et la réalisation de soi. Au nombre de quatre, ces facteurs sont inter reliés.

- Le premier, *Avoir un but et des activités valorisantes à réaliser*, renvoie à l'exécution des activités de la vie quotidienne, mais également à l'importance de l'exercice des rôles sociaux.
- *Avoir les habiletés requises pour relever les défis qui se présentent constitue un autre facteur* (ex. : mobilité, bonnes fonctions cognitives, absence de troubles sensoriels). La perte de certaines fonctions affecte à différents niveaux les habitudes de vie des personnes âgées et peut amener une perception négative de leur vieillissement.
- Par ailleurs, *Avoir accès aux ressources et services adéquats favoriserait une vision positive du vieillissement* en permettant de compenser les pertes et de maintenir des habitudes de vie saines.
- Finalement, *avoir une attitude positive, c'est-à-dire la motivation à faire des activités*, est un facteur déterminant de la réalisation de soi, fondement principal de ce modèle pour un vieillissement en santé. L'accomplissement, reposant sur ces quatre conditions, est modulé par des facteurs tels le soutien, la capacité d'adaptation de la personne et les possibilités de compensation dans l'environnement.

¹⁵ Bryant, L.L., Corbett K.K., Kutner, J.S. (2001). « In their own words: a model of healthy aging », *Social science and medicine*, 53(7), p. 927-941.

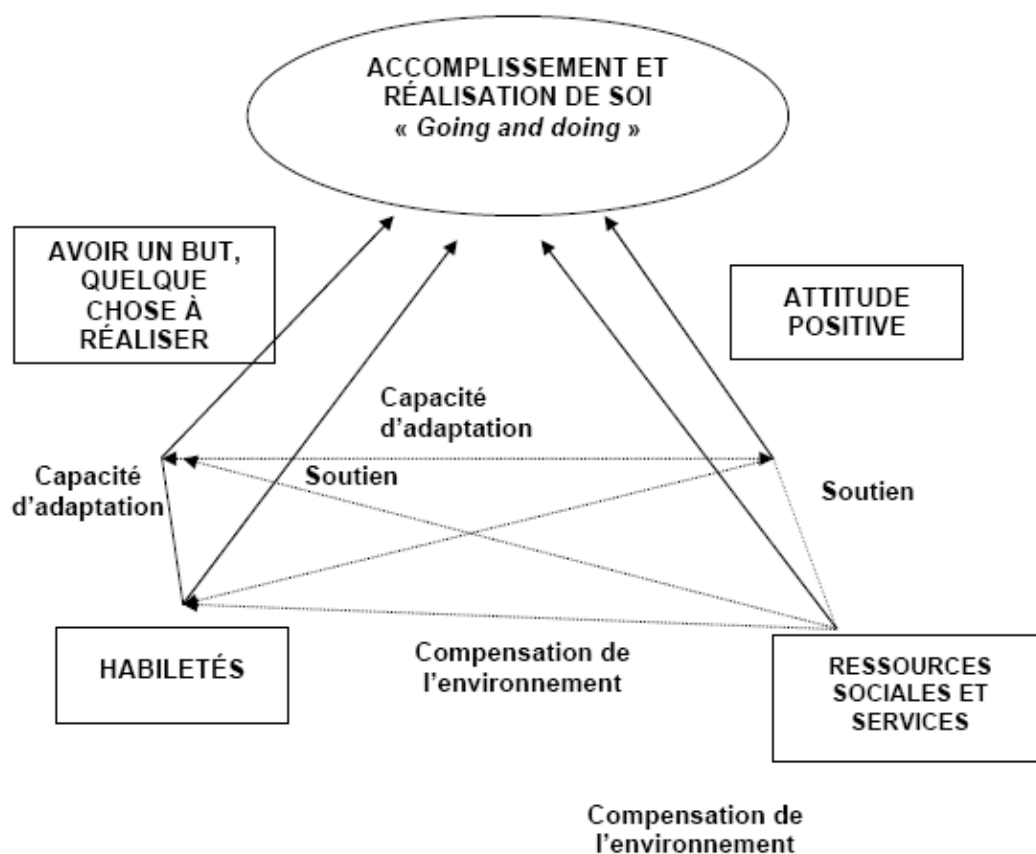


Fig. 4 : Modèle de vieillissement en santé (Bryant, Corbett & Kutner, 2001)

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 le plus possible les états de dépendance. A travers une démarche d'éducation participative, l'ergothérapeute permet à l'aidant d'adapter son accompagnement aux justes besoins de la personne et également de se préserver¹⁶.

Les ergothérapeutes :

- posent un diagnostic qui permet de comprendre le processus des limitations d'activité et des pertes fonctionnelles en lien avec les difficultés psychologiques et sociales que rencontrent les personnes et leurs aidants ainsi que leur environnement ;
- fournissent des stratégies pour contourner les problèmes d'activité liés aux difficultés cognitives, motrices et sensorielles et aident les personnes âgées 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 incapacités et restrictions d'activité, et permettent ainsi de réduire le niveau de stress ressenti par les personnes et leurs aidants.

¹⁶ Référentiel métier des ergothérapeutes, Annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010.

IV – Propositions des ergothérapeutes

Renforcer les équipes médicosociales des conseils généraux en augmentant la présence d'ergothérapeutes :

- ⇒ Collaborer étroitement avec les services sociaux et l'environnement de la personne pour travailler avant l'installation de la dépendance, la question du projet de la personne : évaluation interdisciplinaire, aide à la décision partant du projet familial et des ressources existantes (humaines, matérielles, environnementales,...)
- ⇒ Optimiser les préconisations issues de l'évaluation en permettant la mise en œuvre de compensations gestuelles, la diffusion d'aides techniques, d'assistances technologiques et les modifications architecturales complémentaires d'une aide humaine grâce à l'APA
- ⇒ Optimiser le rôle des aides humaines mises à disposition au travers de formations spécifiques aux interventions auprès des personnes en situation de grande dépendance

Développer la disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des produits, biens et services de proximité nécessaires à la réalisation des activités quotidiennes et au maintien de la citoyenneté

- ⇒ Favoriser l'exercice libéral de l'ergothérapie pour mieux détecter les problèmes de santé physique, psychosociaux et de santé mentale et agir précocement
- ⇒ Travailler, en collaboration avec les bailleurs, à la conception des plans et au choix des équipements ; envisager la conception et la mise en œuvre de services dédiés
- ⇒ Participer localement au développement de la vie communautaire et à l'émergence de solutions innovantes dans un objectif de socialisation et mise en commun des ressources : échanges de services sur un plan local et de façon inter-générationnelle (par exemple : échange une heure d'accompagnement aux courses contre une heure de garde d'enfant)
- ⇒ Œuvrer en collaboration avec les Professionnels des Activités Physiques Adaptées pour maintenir les capacités des personnes dans le domaine de la marche
- ⇒ Reconnaître aux ergothérapeutes une capacité de prescription d'aides techniques

Participer à l'élaboration de réponses pérennes, favorisant sécurité et indépendance dans le domaine des transports et des déplacements :

- ⇒ Favoriser et organiser, de façon individuelle ou groupale, des temps d'information/sensibilisation sur la question de la conduite automobile : choix d'un véhicule grand public adapté aux incapacités (GPS, assistance de direction, radars de recul...), incitation à l'évaluation de la capacité à continuer à conduire auprès des auto-écoles...
- ⇒ devenir expert sur ce thème auprès des collectivités et sociétés d'assurance pour développer et maintenir une conduite sécurisée chez les plus âgés

Développer des consultations gratuites d'éducation à la santé comportant de l'ergothérapie :

- ⇒ Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation de la personne âgée
- ⇒ Favoriser l'engagement dans les activités et la participation sociale, de la personne âgée et améliorer le soutien à la personne et à ses proches aidants
- ⇒ Créer des milieux de vie sains et sécuritaires, prévenir les accidents indésirables
- ⇒ Insérer les ergothérapeutes dans les services d'HAD et de SSIAD
- ⇒ Développer des actions en lien avec les CCAS et les dispensaires
- ⇒ Renforcer la présence des ergothérapeutes dans les CLIC
- ⇒ Intégrer les ergothérapeutes dans les nouveaux dispositifs de santé publique développés dans les plans gouvernementaux (MAÏA, Gestionnaires de cas...)

Développer la présence des ergothérapeutes au sein des services d'aides et de soins à domicile :

- ⇒ Favoriser le recours aux nouvelles technologies, aides techniques, aux modifications de l'environnement
- ⇒ Former les professionnels à ajuster l'aide nécessaire dont les personnes âgées ont besoin
- ⇒ Accompagner les aidants dans la gestion au quotidien de la dépendance et favoriser le répit

Références

- Berland, Y. (2002) *Rapport sur la démographie des professions de santé*, novembre 2002
- Cambois, E., Robine, J.-M. (2003). *Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels*. DREES; n° 261.
- Fouquet, A., Aroque, M., Puydebois, C. (2009). *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements*. Inspection Générale des Affaires Sociales IGAS, 108 p.
- Gimbert, V., Godot, C. (2010). *Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*. Travaux coordonnés par Centre d'analyse stratégique. La Documentation française, Rapports et documents, n° 28, 309 p.
- Goillot, C., Mormiche, P. (2003). *Les enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés*. INSEE, 229 p.
- Jeandel, C. (2006). *Un programme pour la gériatrie*, Rapport remis à X. BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités.
- Menard, J. (2008). *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*.
- Ministère de la Santé - Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH (2007). *Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière*.
- ONDPS (2006). *Rapport 2005*, La documentation française, Paris.
- Rosso-Debord, V. (2010). *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Assemblée nationale, rapport n° 2647, 128 p.
- Sicart, D. (2010). *Les professions de santé au 1er janvier 2010*, Document de travail DRESS.
- Vasselle, A. (2011). *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*. Sénat, rapport n° 263, 235 p.

ANNEXE I

Données probantes en ergothérapie

La promotion d'une bonne santé pour les personnes âgées permet de réduire les interventions médicales coûteuses et améliore la qualité de vie. Les ergothérapeutes ont été identifiés comme essentiels pour promouvoir la santé mentale et le bien-être dans le Guide Britannique NICE de la santé publique (2008) sur la base des recherches effectuées par Florence Clark qui met en évidence des économies appréciables.

L'ergothérapie améliore les compétences fonctionnelles, le bien-être, la participation sociale, la qualité de vie et la fréquence des chutes (Steultjens, 2004 ; Ng, 2006).

Une étude contrôlée randomisée auprès de personnes âgées indépendantes (Well-Elderly Study) a démontré des bénéfices importants pour la santé, la fonction et la qualité de vie après un programme de 9 mois de prévention en ergothérapie. Cette étude visait à évaluer le rapport coût-efficacité de ce programme de prévention. Il a été constaté que les dépenses médicales ont été réduites de 50% pour les groupes ayant bénéficié d'ergothérapie par rapport au groupe témoin (Hay, 2002)

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, l'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 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.

Des recherches démontrent que les visites ergothérapeutiques 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 (par 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).

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).

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

Une étude Australienne auprès de 530 personnes âgées a démontré que les conseils en aménagement 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).

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).

Une étude portant sur 50 personnes de plus de 75 ans regagnant leur domicile après une affection aigüe 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. A 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 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).

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).

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).

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

Grâce à leurs conseils en terme 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 eux sont assistés par un personnel soignant (au lieu de deux) grâce à l'action de l'ergothérapeute, avec des économies de 310 000€. La moyenne de l'investissement initial en équipement est de 880€ par usager (Somerset rapport).

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 70 000€ (Hill, 2007).

On estime qu'un retard d'un an dans la fourniture d'une adaptation à une personne majeure les coûts de 4 600€ (soins et de réparation Angleterre 2010).

En Grande Bretagne, on a pu mesurer que le report d'un an d'entrée dans un établissement d'hébergement grâce à l'adaptation des domiciles permettait d'économiser 32 500€ par personne (Laing, 2008).

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.
- ⇒ 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.
- ⇒ Clark, F., Azen, S.P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., Zemke, R., Jackson, J., Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults : long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology Series B: Psychological & Social Sciences*, 56(1), pp. 60-63.
- ⇒ Clark, F., Azen, S.P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D. et al (1997). Occupational therapy for independent-living older adults : a randomized controlled trial. *JAMA* 278 (16) : 1321-26.
- ⇒ Clark, H. (1998). Equipped for going home from hospital. *Health care later life*, 3(1), 35-45.
- ⇒ College of Occupational Therapists (2008) Position Statement : The value of occupational therapy and its contribution to adult social service users and their carers.
- ⇒ Cumming, R.G., (2001). Adhérence 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, 1397-1402.
- ⇒ Cummings, E., Henry, W-E. (1931). *Growing old : The process of disengagement*. New York : Basic Books.
- ⇒ Department of Health of Great Britain. (2008) *Occupational Therapy in Adult Social Care in England : Sustaining a high quality workforce for the future*.
- ⇒ 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., (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital : randomised controlled trial. *BMJ*, 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. *Gerontologist*, 41(1), 4-14.
- ⇒ 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. *Gerontologist*, 43(4), 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), 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, 141-149.
- ⇒ Graff, M.J. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*, 333, 1196.
- ⇒ Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J., Azen, S.P. (2002). Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), pp.1381-1388.
- ⇒ 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.
- ⇒ 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), 42.
- ⇒ 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).
- ⇒ Logan, P.A. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*, 330, 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), 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, 210-7.
- ⇒ National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people primary care and residential care*. London : NICE.
- ⇒ Nygard, L. (2004). Reflecting on practice : are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 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), 247-52.
- ⇒ 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.
- ⇒ 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.
- ⇒ Steultjens, E.E.M.J., Dekker, J.J., Bouter, L.M., Jellema, S., Bakker, E.B., Van Den Ende, E.C.H.M. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people : a systematic review. *Age and Ageing*, 33(5), pp. 453-460.
- ⇒ 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.

ANNEXE II

Les secteurs d'activité actuels des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes travaillent principalement en établissement. Ils sont employés davantage dans des structures de statut public ou Participant au Service Public Hospitalier (PSPH).

Bien que la catégorisation adoptée dans le fichier ADELI ne soit pas complètement explicite, nous pouvons observer depuis sa création une augmentation de la proportion d'ergothérapeutes travaillant auprès des personnes adultes et âgées et une diminution de celles intervenant auprès d'enfants. Il est également important de signifier que 80% des professionnels formés actuellement vont travailler dans le secteur de la gérontologie selon des études faites par certains IFE.

Tab. II : Répartition des professionnels par secteur d'activité
Source : estimation ANFE 2010

Secteurs d'activité	Répartition en 2009
Rééducation Réadaptation de l'adulte en établissement	18%
Gériatrie	22%
Pédiatrie	14%
Psychiatrie	14%
Services de soins à domicile	6%
Structures médicosociales	5%
Management, gestion et direction de structures	4%
Libéral	4,5%
MDPH	1,5%
Commerce d'aides techniques	1%

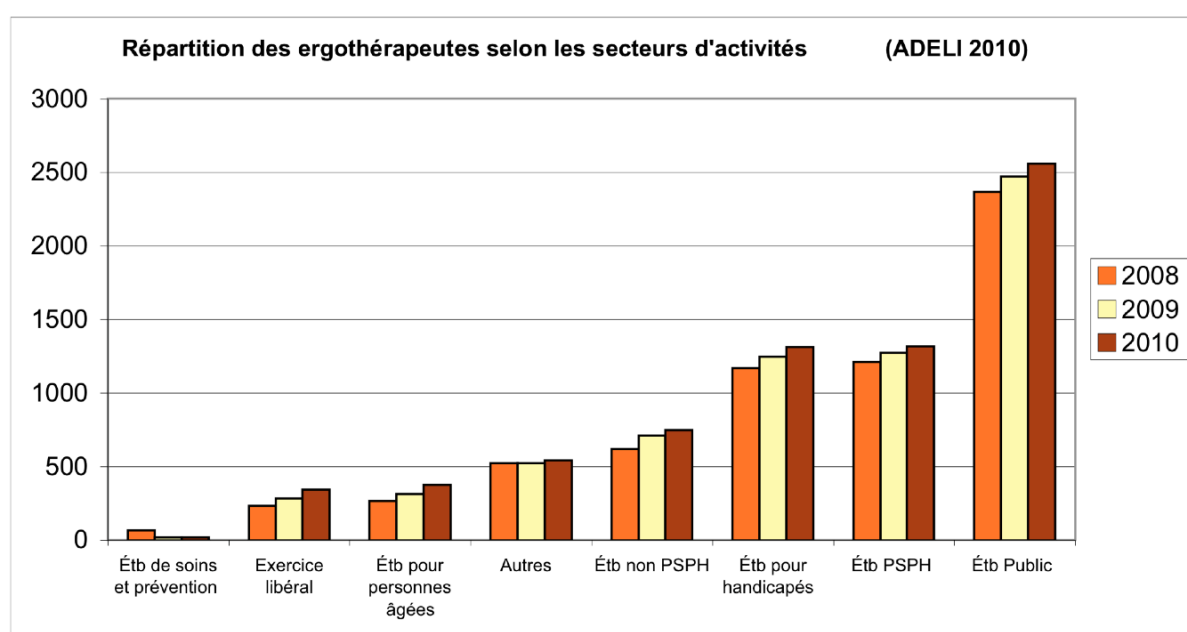


Fig. 5 : Répartition des ergothérapeutes selon les secteurs d'activités (ADELI, 2010)

On dénombre 342 personnes en exercice libéral inscrites sur les listes ADELI fin 2010. Ce chiffre ne reflète pas la réalité car de nombreux professionnels ne peuvent s'y inscrire pour des raisons administratives. L'estimation des organisations professionnelles est de l'ordre de plus de 500 en 2011. Nombreux choisissent également le statut de travailleur indépendant.

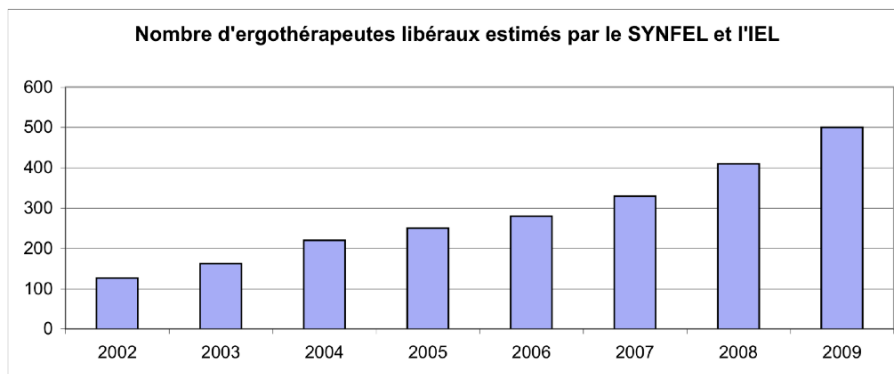


Fig. 6 : Nombre d'ergothérapeutes libéraux estimés par le SYNFEL et l'IEL

Le développement de nouvelles problématiques dans le domaine de la santé, le rapprochement entre l'action sanitaire et sociale et la reconnaissance de nouveaux besoins demandent une action de plus en plus importante des ergothérapeutes dans notre société : développement de la psychogériatrie, développement des maladies chroniques, augmentation de l'espérance de vie et l'intégration en milieu ordinaire de vie des personnes en situation de handicap... De plus la multiplication des plans gouvernementaux met en lumière la présence nécessaire d'ergothérapeutes : Plan Alzheimer, Plan AVC, Plan Traumatisés Crâniens, Plan Parkinson... Ces préoccupations s'inscrivent dans une politique sociale visant à lutter contre les discriminations. Les ergothérapeutes accompagnent ces évolutions et mettent leurs compétences au service des usagers.

De nouveaux secteurs d'intervention ont été investis depuis plus de dix ans par les professionnels. Ils travaillent dans des lieux de plus en plus diversifiés : hôpitaux, cliniques et centres de réadaptation, hôpitaux de jour, services de soins à domicile, équipes mobiles, collectivités territoriales, structures d'évaluation et de conseil, centres d'hébergement, fabricants et distributeurs de matériel, associations, libéral. Avec satisfaction, nous constatons qu'ils sont amenés à intervenir de plus en plus en milieu ordinaire de vie.

Leurs missions peuvent recouvrir des réalités très différentes : thérapie, évaluation, conseil, encadrement d'équipe, animation de réseau, gestion de cas, direction d'établissement, formation, expertise, recherche et développement.

Les statuts professionnels sont pluriels : salariat, portage salarial, travailleur indépendant, libéral.

ANNEXE III Démographie professionnelle

La population des ergothérapeutes augmente de manière conséquente et la profession enregistre l'un des plus forts taux de développement. Le rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé met en évidence ce dynamisme professionnel. Ainsi le nombre de professionnels a augmenté de plus de 86% depuis 2000. On dénombre au 1^{er} janvier 2010, 7353 ergothérapeutes exerçant en France métropolitaine et DOM-TOM. L'assouplissement des règles de libre circulation dans l'espace européen permet de recruter davantage d'ergothérapeutes étrangers, sans que ce phénomène ne prenne la même ampleur que pour nos collègues masso-kinésithérapeutes, orthophonistes et infirmiers.

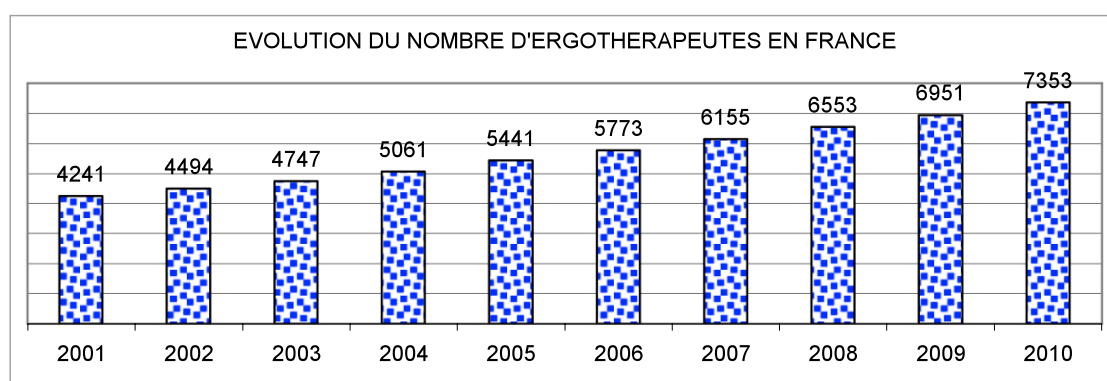


Fig. 7 : Evolution du nombre d'ergothérapeute en France

La densité des ergothérapeutes présente toujours des variations très importantes selon les pays de l'union européenne. La densité des ergothérapeutes français reste minimale au regard des pays européens, notamment la Belgique et les pays nordiques.

Tab. III : Nombre d'ergothérapeutes et densité en Europe
Occupational Therapy Education in Europe : an exploration, ENOTHE, Amsterdam, 2005

Données 2005	Nombre	Densité
Danemark	5 700	100
Suède	9 400	85
Belgique	6 000	60
Norvège	NC	45
Allemagne	35 000	42,4
Grande Bretagne	21 000	35
Luxembourg	139	30
Suisse	2 200	30
Portugal	1 020	10,2
France	5 441	9
Espagne	2 500	7,5
Grèce	770	7

La densité des ergothérapeutes a atteint les 12 pour 100 000 habitants. La comparaison avec les autres professions paramédicales révèle toujours une disproportion flagrante au regard des besoins de la population française.

Tab. IV : Densité comparative concernant professions paramédicales
Source : fichier Adeli au 1.01.2010

Professions	Densité France métropolitaine	Professions	Densité France métropolitaine
Infirmiers	830	Pédicures podologues	18
Masseurs kinésithérapeutes	111	Ergothérapeutes	12
Manipulateurs en radiologie	45	Psychomotriciens	12
Orthophonistes	31	Orthoptistes	5
Opticiens lunetiers	33	Audioprothésistes	4

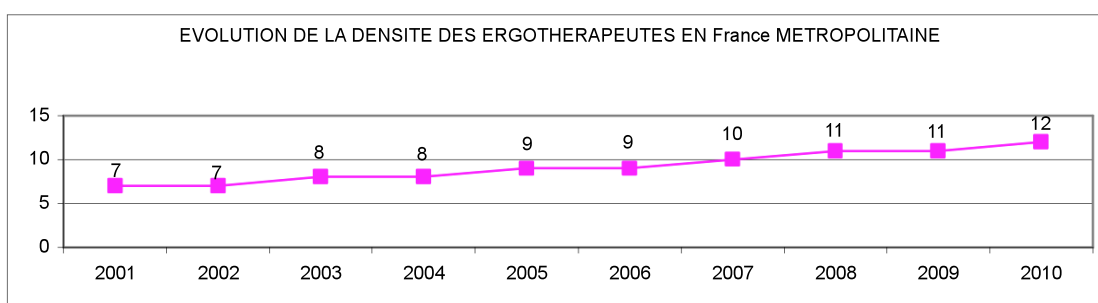


Fig. 8 : Evolution de la densité des ergothérapeutes en France Métropolitaine