

Quelle ergothérapie à domicile après un AVC ?

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) touche 130 000 nouveaux cas par an en France. C'est la première cause de handicap non traumatique (HAS 2009). En effet, 45,3% des personnes ayant des séquelles d'AVC déclaraient dans une étude récente avoir des difficultés pour réaliser au moins une Activité de la Vie Quotidienne (de Peretti et al, 2012).

Face à cet enjeu épidémiologique, la volonté d'organisation de la filière d'aval est une nécessité. En effet, en France, seulement 30% des patients ayant eu un AVC bénéficient de l'accès à un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent (20%) ou spécialisé (10%) (Schnitzler et al, 2012).

Les équipes de soutien permettant l'intervention pluridisciplinaire coordonnée pour le retour précoce à domicile (*Early Supported Discharge*) sont quasi inexistantes dans le paysage sanitaire français, alors qu'elles ont fait par ailleurs la preuve solide de leur efficacité en termes de gains fonctionnels et d'amélioration de l'indépendance fonctionnelle (Langhorne et al, 2007), et ce jusqu'à un an après l'AVC (Langhorne et al, 2011).

Malgré l'augmentation croissante du nombre de professionnels choisissant d'exercer en libéral, l'intervention de l'ergothérapeute à domicile est freinée par le faible développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires coordonnées, s'inscrivant dans le prolongement ou comme alternative, à l'hospitalisation traditionnelle en structure SSR.

Au sein de ce type de services, ou dans l'exercice indépendant, **les ergothérapeutes ont cependant fait la preuve de l'efficacité de leurs interventions concernant l'amélioration de l'indépendance en vie quotidienne** (Legg et al, 2009). Or, le niveau d'indépendance dans les AVQ et AIVQ (Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne) est fortement corrélé à la satisfaction et la qualité de vie chez les personnes post-AVC et leurs aidants naturels (Hackett et al, 2000 ; Mayo et al, 2003 ; Hartmann-Maeir, 2007).

L'orientation des interventions à domicile privilégie plus qu'ailleurs le développement de l'indépendance et l'amélioration de la participation dans les activités personnelles et instrumentales, que ce soit au niveau domestique ou social.

Dans cette orientation stratégique des interventions cliniques en environnement naturel, l'ergothérapeute est un acteur essentiel qui a développé des compétences relatives à l'analyse des situations, incluant le niveau d'exigence des activités et le degré de récupération fonctionnelle ; ainsi que les facteurs personnels du patient incluant la volition, l'habitude et les capacités de performance, ainsi que l'environnement matériel et humain de vie.

Les modèles spécifiques en ergothérapie préconisent des interventions centrées sur les personnes et sur leurs activités significatives (habitudes, intérêts, rôles). Différents niveaux d'interventions sont dès lors possibles : des interventions directes incluant l'évaluation des habiletés motrices, procédurales et adaptatives en situation, et l'évaluation des situations d'aides. Ces évaluations peuvent aussi déboucher sur l'apprentissage de nouveaux savoir-faire (habillage, transferts, activités domestiques) et la préconisation d'aides techniques et d'aménagements de domicile.

Du fait de son analyse des situations de handicap, l'ergothérapeute peut aussi intervenir sous forme de supervision et de régulation concernant l'intervention des aidants naturels ou

professionnels. Dans le processus d'intervention en ergothérapie, différents outils centrés sur les personnes et leurs activités peuvent permettre de mesurer les effets des interventions et donc d'objectiver les progrès acquis. Ces outils se présentent sous forme subjective interrogeant le ressenti personnel (MCRO, ou sentiment de compétence chez les aidants par exemple), soit sous forme plus objective d'évaluation de mises en situation (évaluation AMPS, mises en situation traditionnelle, mesures d'indépendances fonctionnelles).

Face à une évolution qui semble inévitable des interventions cliniques cherchant plus directement l'amélioration du fonctionnement et de la participation des patients dans leur environnement ordinaire de vie, **l'ergothérapeute doit montrer clairement ses spécificités et leurs complémentarités avec l'ensemble des professionnels mobilisés par la complexité des situations de handicap.**

Fort de ce constat et des travaux entamés depuis quelques années (indicateurs HAS, plan AVC, recommandations de pratiques) auxquels l'ANFE a participé très activement, il paraît essentiel de prolonger ces réflexions afin d'apporter de façon pragmatique des éléments médico-économiques pour impulser le développement de l'ergothérapie en activité libérale pour les personnes ayant eu un AVC et leurs proches.

Ainsi le groupe de travail dédié, composé de Natacha Agati, Eric Sorita, Jean-Michel Caire et Guillaume Pelé, propose :

- D'actualiser la revue de littérature des 10 dernières années concernant l'ergothérapie à domicile après AVC, l'Early Supported Discharge et l'intervention à domicile jusqu'à un an post-AVC,
- D'envisager les compétences ergothérapeutiques au regard du référentiel de formation s'appuyant sur des actes d'intervention directs et des actes de supervision et régulation,
- D'identifier l'organisation française par rapport à d'autres pays sur les versants démographiques et la prise en charge en environnement ordinaire de vie des personnes atteintes de séquelles d'AVC et de leurs aidants.

Au terme de cette étape préalable les objectifs sont de :

- Rédiger un argumentaire complet et actualisé,
- Proposer un processus d'intervention ergothérapeutique centré sur les activités significatives des personnes en vie quotidienne (approche client-centrée),
- Identifier les indicateurs AVC (cf plan AVC) que l'on pourra coder ensuite, proposant en finalité une réalité médico- économique ambulatoire pour l'ergothérapie.



Guillaume PELÉ
Vice-président



Jean-Michel CAIRE
IFE de Bordeaux



Eric SORITA
IFE de Bordeaux