

Contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie

Note de synthèse



Introduction : la profession d'ergothérapeute

L'ergothérapie (Occupational Therapy) est une profession de santé spécialiste du maintien à domicile, de la promotion de la santé et du bien-être dans les activités. « L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement »¹.

L'ergothérapeute met la personne en situation dans son milieu de vie en prenant en compte la dimension sociale et affective liée à l'environnement. Un aménagement de l'environnement et l'apport de moyens de compensation permettent de préserver ou d'améliorer la participation de la personne âgée dans ses activités quotidiennes. Cette participation permet le maintien des capacités physiques, cognitives et sensorielles. L'ergothérapeute va tout mettre en œuvre afin que la personne âgée soit la plus active et participative au quotidien. Il évalue les besoins en adaptation des habitudes de vie, en aménagement, en aides techniques, en aides technologiques et en aides humaines. L'environnement humain et matériel influence de manière significative l'autonomie par son aspect facilitateur ou inhibiteur. Un accompagnement de l'aidant est souvent nécessaire afin de lui transmettre les bons gestes et les bonnes attitudes à adopter.

¹ Arrêté du 5 juillet 2010 – Référentiel métier d'ergothérapeute

But de la note de synthèse

Les lois et les réglementations en France en faveur de l'autonomie des personnes âgées ont fortement évolué ces dernières années. Les services à la personne dans le domaine du maintien à domicile ont connu un essor important. Cela correspond à un réel besoin de la population âgée mais cela ne paraît plus suffisant. Le déploiement de nouveaux services, au regard du vieillissement de la population, devient nécessaire. En effet, l'espérance de vie augmente et l'enjeu est de rester autonome le plus longtemps possible et de préserver ses capacités. En 2060, un tiers des Français aura plus de 60 ans. L'avancée en âge des Français nous interroge donc sur notre système de santé et en particulier sur la qualité de la prise en soins des personnes âgées et les modalités de leur accompagnement. Les enjeux du vieillissement concernent la prévention de l'autonomie et nécessitent donc le développement d'une culture de la prévention.

L'Association Nationale Française de Ergothérapeutes (ANFE) et l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG) sont engagées et s'impliquent dans la mise en œuvre des politiques de santé au service de la population. Cette note de synthèse permet de positionner les compétences des ergothérapeutes au regard de la concertation Nationale Grand Âge et Autonomie. L'ergothérapeute intervient tout au long du parcours de santé des aînés avec pour objectif le maintien de l'autonomie. Mais sa place au sein des lieux de vie reste encore aujourd'hui limitée et doit être renforcée au sein des structures sanitaires.

Permettre l'accès à l'ergothérapie tout au long du parcours de santé

Nous constatons une grande disparité des réponses au niveau national. L'ergothérapie est une profession mature et compte plus de 12.000 professionnels sur le territoire. Au vu des besoins futurs estimés et des départs en retraite prévus, de nouvelles écoles ont vu le jour afin de permettre de couvrir les besoins. Malgré le besoin déterminant d'intervention en ergothérapie auprès des personnes en perte d'autonomie (maintien à domicile, prévention...), les prestations ergothérapeutiques ne donnent pas lieu à des remboursements par les assurances maladie. La place de l'ergothérapie à domicile reste donc peu développée. Afin de permettre l'accès à l'ergothérapie, nous proposons la création de postes au plus près de nos aînés : au sein de leurs lieux de vie, c'est à dire au plus proche de leurs activités, et permettre de renforcer leur présence au sein des structures sanitaires. Nous estimons qu'il est nécessaire de mettre en place un **plan national pour la solvabilisation des interventions ergothérapeutiques au sein du parcours de santé.**

Suite au plan Alzheimer 2008-2012, de nombreuses structures ont pu élargir leurs compétences dans le domaine de la réadaptation à domicile grâce à l'ouverture d'Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA). Les ESA ont permis un accès financé à l'ergothérapie. Cela a contribué à faire évoluer la vision de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Mais l'intervention des ergothérapeutes, dans le cadre des ESA, est uniquement en direction des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Il faudrait **permettre à ces structures de conforter leur position dans l'accompagnement de la préservation de l'autonomie en élargissant leur champ d'action au PAERPA, et d'une manière plus générale aux dispositifs d'accompagnement des personnes âgées à domicile.** En effet, la demande d'accompagnement hors les murs se développe de façon exponentielle dans le domaine du maintien de l'autonomie et de la lutte contre la dépendance (en SPASAD, dans les dispositifs expérimentaux financés par les CDF, en matière de prévention primaire, pour certaines pathologies spécifiques comme la cancérologie...). Cette conjoncture nécessite que des réponses structurées impliquant et rendant lisibles le rôle et la place des ergothérapeutes, soient formulées, dans le but de garantir la qualité de la prise en soin des personnes et de répondre à la pluralité des besoins.

La prévention et la compensation de la perte d'autonomie à domicile restent peu développées en France, du fait d'un accès difficile à une prestation d'ergothérapie mais aussi d'une prise en charge culturellement plus axée sur l'assistance humaine que sur la réadaptation plurifactorielle. Les effets d'actions de réadaptation courtes à domicile par des ergothérapeutes sont largement démontrés par la littérature, ce qui a incité de nombreux pays Européens à permettre un accès de leur population à ces prestations.

Nous proposons de permettre l'accès à des prestations d'ergothérapie tout au long de la filière d'accueil et de prise en charge des personnes âgées fragiles. Ces interventions à domicile pourraient se présenter sous la forme d'un forfait de 5 à 10 séances (voire 15 pour les situations les plus complexes), en fonction des besoins évalués par le médecin généraliste ou spécialiste.

L'objectif principal des interventions en ergothérapie est la prévention de la perte d'autonomie, avec un maintien de la participation occupationnelle, en agissant sur les capacités de la personne et leur potentialisation, l'environnement et les techniques d'accompagnement des aidants :

- Effectuer une **évaluation globale des capacités de la personne dans son environnement**,
- **Evaluer les restrictions d'activités**, réaliser un **diagnostic en ergothérapie** et définir un **plan d'intervention** pour que la personne puisse à nouveau les effectuer,
- **Renforcer le maintien à domicile** des personnes âgées par des programmes de réentraînement (intervention sur les limitations motrices, sensorielles, cognitives et fonctionnelles, apprentissage du relever du sol...),
- **Optimiser les capacités fonctionnelles** de la personne, dans chacune des activités de son quotidien, la remettre en confiance et la ré-entraîner en situation réelle de vie en impliquant l'entourage (aidants naturels et professionnels),
- Préconiser des **adaptations de l'environnement**, conseiller des **aides techniques et technologiques** et accompagner leur mise en place pour garantir leur intégration dans le quotidien, en lien avec les habitudes de vie,
- Mettre en place des **stratégies de compensation**, de sécurisation,
- Favoriser la **participation sociale**, limiter la sur-assistance des aidants,
- **Accompagner les aidants** en assurant la formation des proches, tant les aidants familiaux que les intervenants et aidants professionnels du domicile,
- Proposer des **programmes d'éducation thérapeutique**,
- **Coordonner les actions** avec les différents professionnels du domicile, en lien avec les potentialités et initiatives territoriales, en favorisant un maillage des intervenants et une réflexion globale autour de l'accessibilité et de la mise en œuvre d'une société inclusive.

Synthèse des propositions des ergothérapeutes : l'ergothérapie dans une logique de parcours

Au domicile et sur le lieu de vie :

- Solvabiliser les interventions en ergothérapie au sein du parcours de santé, en créant une nomenclature de forfaits spécifiques en ergothérapie, de prévention, de compensation de la perte d'autonomie, de compensation des risques de chute et de lutte contre l'isolement, à domicile dans un parcours gériatrique coordonné,
- Inscrire les ergothérapeutes dans le **parcours de santé**,
- **Recruter des ergothérapeutes** dans les SPASAD, SSIAD ou SAAD et permettre l'intervention des **ergothérapeutes en libéral**,
- Intégrer **l'évaluation par un ergothérapeute** dans le cadre de l'APA pour permettre des actions sur l'environnement, le maintien des activités et la prévention de la perte d'autonomie, comme c'est le cas pour l'évaluation et la compensation des situations de handicap des sujets de moins de 60 ans par les MDPH,
- Développer au niveau national des **Equipes Spécialisées en Prévention Réadaptation A Domicile (ESPRAD)** permettant un accès facilité et égalitaire à l'ergothérapie,
- Intégrer des **actes de prévention en ergothérapie** dans le financement des EHPAD (PATHOS, programmes de prévention spécifiques).
- Permettre la **prescription des aides techniques et technologiques** et prévoir un **financement au forfait** pour leur adaptation et l'accompagnement des utilisateurs à leur utilisation

Pendant une hospitalisation :

- Renforcer la présence des ergothérapeutes dans les **équipes mobiles gériatriques** pour lutter contre la dépendance iatrogénique hospitalière,
- Créer des **actes d'ergothérapie** permettant aux établissements d'inclure, dans leur modèle de financement, des prestations de prévention en ergothérapie en hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile, des consultations pour la prévention des chutes, des consultations fragilité et de proposer des diagnostics du lieu de vie,
- Réaliser des **recommandations sur le taux d'ergothérapeutes** par unité de soin pour personnes âgées (SSR, USLD, EHPAD, UCC, PASA...) pour les futures autorisations.

Renforcer la présence des ergothérapeutes sur lieux de vie et pendant l'hospitalisation permettrait de faciliter la transition ville / hôpital

ANNEXES

Annexe 1 : Eléments de démographie

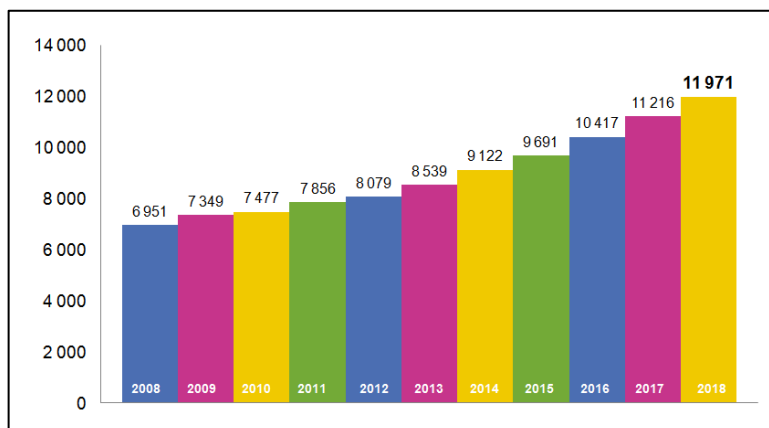
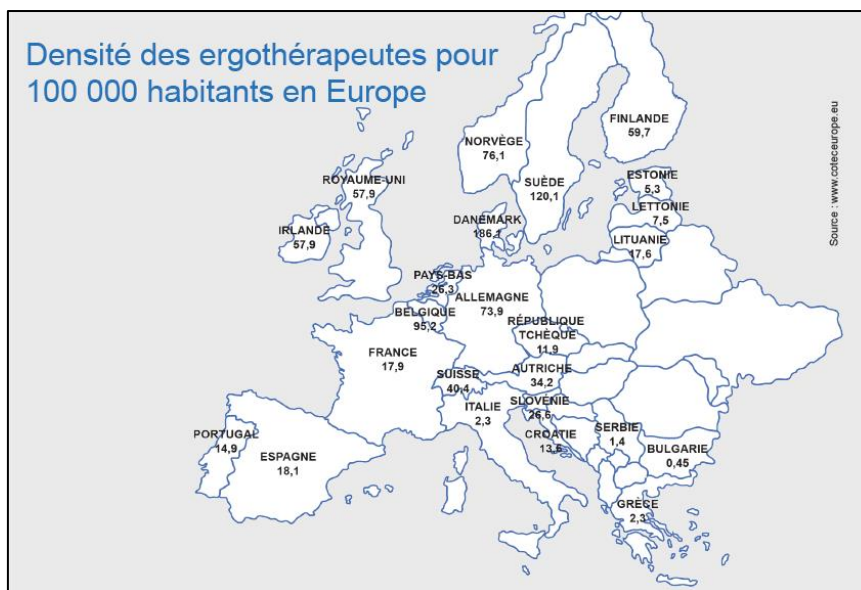


Figure 1 : Evolution sur 10 ans du nombre d'ergothérapeutes en France

Le nombre d'ergothérapeutes augmente de manière constante depuis ces 10 dernières années (+70%). L'appareil de formation compte 25 Instituts de Formation en Ergothérapie. Aujourd'hui, 900 nouveaux professionnels sont diplômés chaque année.



Au 1er janvier 2018, 11 971 ergothérapeutes exercent en France. La densité des ergothérapeutes en France est de 17,9 pour 100.000 habitants (source DREES 2018), ce qui est bien en deçà de nos voisins européens (source COTEC 2017 : Danemark, 189,27 – Belgique, 88,47 – Allemagne, 71,8). La comparaison avec les autres professions paramédicales révèle toujours une disproportion flagrante, au regard des besoins de la population française. La répartition par département montre d'importantes disparités, allant du simple au septuple (6,6 en Haute-Loire vs 48,8 en Lozère, source DREES 2017).

Les ergothérapeutes exercent à 88% en tant que salariés et l'exercice libéral se développe considérablement ces dernières années (source DREES 2017).

Annexe 2 : les données probantes montrant l'efficacité de l'intervention en ergothérapie

Prévention des limitations fonctionnelles, des chutes et donc de la perte d'autonomie

Les situations de perte d'autonomie présentent des spécificités en gériatrie, elles ne sont pas linéairement liées à la présence de pathologies aiguës et apparaissent préférentiellement dans un contexte de polyopathologies chroniques. Ainsi dans son rapport de la DREES "Perte d'autonomie et restrictions d'activités", Cambois s'attache à mieux décrire et à comprendre le processus qui conduit les plus âgés à la perte d'autonomie et à l'entrée en dépendance en identifiant le fait que, "à limitation fonctionnelle équivalente, toutes les personnes n'évoluent pas vers la perte d'autonomie". Cette constatation a permis un rapprochement du processus de perte d'autonomie avec le modèle gériatrique de fragilité qui implique la présence de pathologies chroniques limitant les réserves fonctionnelles des sujets et les exposant au risque de décompensation dans certaines situations. Ce constat fait partie des fondements même de la réadaptation gériatrique et de l'ergothérapie gériatrique, pour lequel le niveau de risque de perte d'autonomie des personnes âgées fragiles est essentiellement influencé par leur environnement physique et humain. Ainsi la sur-assistance et les limitations liées à l'environnement inadapté jouent un rôle important dans le processus de perte d'autonomie lorsque les personnes n'entretiennent plus leurs réserves fonctionnelles et cognitives. Ce constat est fait à domicile, en institution mais aussi lors de l'hospitalisation où la dépendance iatrogénique hospitalière est clairement identifiée dans l'étude du CHU de Toulouse.

L'ergothérapie se détache des autres professions par un modèle intégrant systématiquement la personne, son environnement humain et physique. Ce modèle permet une prise en charge courte dont l'objectif est de permettre un maintien ou une reprise d'activités en intervenant sur les incapacités de la personne, sur les compétences des aidants et sur l'aménagement de l'environnement.

Ce modèle a démontré son efficacité dans de nombreuses études portant sur les effets d'une prise en charge ergothérapique sur le déclin fonctionnel ainsi que sur le risque de chutes. Ainsi, l'étude de Graff dans le British Medical Journal a démontré l'efficacité d'une prise en charge ergothérapique axée sur le patient, ses aidants et son environnement, elle a servi de base pour la mise en place des équipes spécialisées Alzheimer en France. Ce modèle ergothérapique de réadaptation démontre les mêmes effets dans la maladie de Parkinson dans l'étude de Sturkenboom en 2014.

Les initiatives destinées à la prévention des chutes se développent en France, elles se font pourtant selon des modalités variables intégrant de multiples intervenants et processus. L'efficacité des interventions sur l'environnement est pourtant fortement réduite si elle se limite à la sécurisation du domicile ; ainsi, les aménagements des salles

de bain monopolisent toute l'attention des programmes de prévention alors qu'ils ne représentent que 6% des situations de chute. La majorité des chutes se font dans des situations d'activités routinières impliquant l'environnement dans 30% des cas, montrant ainsi une problématique plus complexe d'adéquation des activités avec les capacités posturales, cognitives et motrices des personnes. L'étude de Currin montre une observance limitée de 55% de simples conseils d'aménagements par des ergothérapeutes (Currin 2012), les actions des ergothérapeutes sur la prévention des chutes montrent une efficacité car elles intègrent des modifications de l'environnement, des habitudes, le développement de stratégies sécuritaires et ciblent la reprise d'activités de la vie journalière afin de maintenir à long terme les capacités posturales, motrice et cognitives des sujets.

Des études récentes ont montré que les limitations fonctionnelles sont prédictives de restrictions d'activité et qu'elles constituent une première alerte au risque de dépendance (Cambois et al). Mais il est également démontré que les limitations fonctionnelles n'impliquent pas forcément de restrictions d'activités. En 2015, 6 millions de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile déclarent avoir des limitations fonctionnelles (40% d'entre elles) et près de 4,5 millions rencontrent des restrictions d'activités (DREES, 2018). Certains individus arrivent à compenser leurs difficultés fonctionnelles et restent indépendants. Il est donc supposé qu'en dehors de la limitation fonctionnelle en elle-même, d'autres déterminants favorisent la mise en place des moyens de compensation permettant la non-restriction d'activité. Ces déterminants relèveraient de ressources individuelles, de l'organisation médico-sociale (accès et promotion des aides techniques, pratiques de rééducation) et de l'environnement. Il serait donc judicieux de développer les actions envers ces déterminants.

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées doit nous amener à revoir notre vision de leur accompagnement. Le rapport de la DREES « vieillissement et restriction d'activité » (Cambois et Robine, 2003) précise que « le recours excessif aux aides humaines participe à un taux important de dépendance ». Au contraire, la réadaptation, les aides techniques et l'aménagement du lieu de vie sont identifiés comme des facteurs positifs de prévention de la restriction d'activités.

L'étude randomisée de Gitlin, portant sur 319 personnes âgées présentant des déficiences fonctionnelles ou cognitives, a démontré qu'un programme, combinant l'enseignement de stratégies d'adaptation et de compensation, de renforcement musculaire et de modifications environnementales, a permis de diminuer les difficultés rencontrées au niveau de certaines activités quotidiennes. Ce programme comprenait des contacts réguliers avec un ergothérapeute pendant 12 mois. Ce suivi ergothérapique était composé de 4 visites de 90 minutes et d'une visite de 20 minutes. L'objectif de ces interventions était d'améliorer l'autonomie et de réduire les risques de chute. Les actions associaient des conseils d'aménagements du domicile, une éducation thérapeutique et des stratégies de gestion des difficultés. A 6 mois, le groupe ayant eu recours à l'ergothérapie présentait moins de difficultés dans les activités de base et les activités instrumentales, une diminution de la peur de tomber et une plus grande

confiance en soi. Cela démontre l'intérêt d'associer les recommandations ergothérapeutiques en aménagement de l'environnement à des programmes courts de mises en situation visant à augmenter la participation des sujets aux activités de la vie quotidienne. Ce programme aurait également contribué à réduire le taux de mortalité au cours des deux années suivant l'intervention, particulièrement auprès de la population modérément vulnérable.

L'étude randomisée australienne de Cumming, portant sur 530 individus, a démontré les effets positifs d'une expertise ergothérapeutique à domicile. En effet, l'intervention ergothérapeutique a permis une réduction des chutes de 36% à un an de suivi chez des sujets multi chuteurs en comparaison au groupe témoin n'ayant pas bénéficié de l'intervention ergothérapeutique. Les interventions visant l'évaluation et la modification des risques liés au domicile de la personne âgée ont démontré leur efficacité en termes de réduction des risques de chute (Feder et al; Gillespie et al.).

Une intervention en ergothérapie permet de limiter le risque de chute et ainsi d'éviter les hospitalisations et la diminution de la réalisation de ses activités. L'efficacité de l'intervention ergothérapeutique dans le cadre de la prévention des chutes est conditionnée par l'association de mises en situation, de développement de stratégies de compensation et d'éducation thérapeutique.

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).

L'ergothérapie permet de réduire les risques de chutes chez les aînés à travers des conseils l'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.

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 nécessaire 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 (Logan et al, 2010).

Soutien des aidants

Comme l'on parfaitement décrits Caire et al. (2016) dans une revue de littérature « des processus d'intervention en ergothérapie qui prennent en compte les aidants », l'inclusion des aidants, au sens large du terme, est un besoin pour l'ergothérapeute s'il veut apprécier à sa juste mesure la complexité de la situation et proposer des solutions pérennes et efficaces dans le cadre du maintien à domicile. En effet on ne peut pas uniquement considérer que la personne aidée, malade est la seule bénéficiaire de l'action de l'aidant qui agit dans un écosystème plus complexe.

Dans un article de la revue de recherche en gériatrie et en gériatrie, Ono et al. (2014) a montré que l'évaluation des co-occupations entre la personne souffrant et MA et l'aidant vivant à domicile montrait que celles-ci étaient perturbées à plus de 80%. Ce chiffre est exceptionnel car il signifie que plus de 80% des activités quotidiennes communes du couple sont perturbées et entraînent donc des conséquences sur la qualité de vie tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Ces mêmes auteurs en viennent à la conclusion que mettre en place un soutien basé sur la coparticipation à des activités de la vie quotidienne pourrait améliorer le bien-être des proches aidants et permettre des soins à domicile de longue durée. Peu d'outils formels permettent d'évaluer et de recenser activités partagées.

Une étude longitudinale souligne l'importance d'une continuité de sens de co-activités pour maintenir les deux identités individuelles et celle du couple (van Nes et al, 2012).

Enfin, une enquête sur la profession d'ergothérapeute (Wagner, 2005) a montré que les ergothérapeutes mettaient en évidence dans leurs propos l'importance de la relation avec les personnes malades et leur famille. La notion d'équipe est essentielle pour les ergothérapeutes, soulignant la nécessité d'un registre d'intervention interdisciplinaire dans le sens où le patient et l'aidant sont experts de leurs occupations et l'ergothérapeute est expert des principes du bon déroulement de celles-ci (Richard, 2009).

Rousseau et al (2006) a montré qu'une intervention auprès d'un couple dans un lieu familial permet de maintenir une communication quotidienne. On voit que la notion de co-activité est fondamentale pour maintenir les habitudes ensemble, les émotions et intentionnalités partagées (Pickens et al, 2009 ; Caire, 2015), ce qui dépasse largement la seule dimension du faire, permet de maintenir le lien affectif, voire permet de solliciter des composantes cognitives et exécutives.

Depuis 2007 de nombreux travaux de recherche ont montré la pertinence et l'efficacité de modèles d'intervention en ergothérapie incluant des interventions conjointes pour l'aidant et la personne souffrant de maladie d'Alzheimer. Le dossier thématique de janvier 2013 de l'Association France Alzheimer relève notamment quatre grands avantages :

- une plus grande efficacité des interventions combinées (Brodsky et al, 2011),

- le maintien des performances et de la compétence du couple aidant- aidé dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (Graff et al 2006),
- la diminution des coûts liés à la prise en charge et aux dépenses de santé (Gitlin et al, 2008 – 2010, Graff et al, 2008, Voigt-Radloff et al., 2009),
- une amélioration de la qualité de vie (Brooker et al, 2007).

Rappelons enfin qu'une étude française récente montre l'intérêt d'une approche ergothérapique incluant la prise en considération du couple aidant-aidé dans une intervention à domicile (Pimouguet et al, 2017) et que les dernières recommandations de l'OMS (2017) soulignent l'importance d'investir une éducation à la santé tournée vers le développement de l'empowerment et de la parole donnée aux patients. Cette évolution nécessite de garantir la disponibilité de services de réadaptation en institutions et dans la communauté.

Le C.O.T.I.D a été développé par Maud Graff et al. en 2010 aux Pays Bas. Il est issu d'une recherche qui a fait la preuve (Evidence Based Practice) de son efficacité et de son efficience pour une intervention à domicile conjointe auprès de la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer, et de son aidant. Il a notamment démontré (Graff, 2008) :

- la persistance et le maintien des capacités occupationnelles de la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer durant l'année suivant l'intervention en ergothérapie,
- l'augmentation du sentiment de compétence de l'aidant à assurer la prise en charge de la personne malade,
- la diminution des coûts de santé aussi bien ceux concernant la personne malade que l'aidant.

Dans cette méthode, on considère le couple aidant-aidé comme une entité et des objectifs spécifiques pour l'un, l'autre et les deux sont travaillés. L'objectif final pour l'ergothérapeute est de permettre à l'aidant de se sentir plus compétent et de faire appel à des stratégies efficaces pour gérer les situations de crise. L'identification des ressources internes et externes passe par une analyse fine de la situation tant biographique qu'occupationnelle des 2 protagonistes.

Le maintien de la performance occupationnelle de la personne souffrant de maladie d'Alzheimer est recherché alors que dans le même temps on souhaite valoriser les compétences de l'aidant à trouver les bonnes stratégies et à acquérir des copings efficaces tant pour lui que pour la personne aidée. C'est la capacité du thérapeute à faire évoluer l'aidant dans une simple position d'accompagnant à celui d'aidant expert qui est fondamentale (Coudin et Mollard, 2011). La valorisation et la reconnaissance de ses compétences sont ici fondamentales et le thérapeute mise sur un transfert des acquis possibles pour d'autres situations.

Ce programme est basé sur l'identification et le repérage des compétences spécifiques et partagées des personnes composant le couple aidant-aidé. Un programme d'intervention spécifique et conjoint est alors proposé et développé à domicile par les ergothérapeutes. A l'issue des interventions, une évaluation qualitative des résultats est effectuée par l'ergothérapeute afin de mesurer la pertinence et l'efficacité des mesures mises en place pour le maintien des performances occupationnelles des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et l'augmentation du sentiment de compétence de l'aidant à intervenir auprès de la personne aidée.

Depuis 2013, date de sortie de l'ouvrage traduit et adapté des travaux de Maud Graff, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes a mis en place une formation professionnelle certifiée du COTID pour les ergothérapeutes français (et francophones).

Chaque année, des ergothérapeutes, travaillant principalement au sein d'équipes intervenant à domicile dans le cadre de la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer, sont formés à la pratique du COTID.

Depuis peu, les ergothérapeutes diplômés des instituts de formation en ergothérapie français sont habilités à former des formés des acteurs PRAP 2S (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique dans le secteur Sanitaire et Social). Ainsi, leur intervention au sein des équipes, exerçant en institution ou au domicile, permet de prévenir efficacement les accidents et maladies professionnelles des aidants. Les étudiants en ergothérapie sont également formés pour dispenser des programmes d'éducation thérapeutique.

Parcours de santé ville/hôpital

Le retour à domicile des personnes âgées hospitalisées est une cible d'action majeure des ergothérapeutes intervenant à l'hôpital. Spécialistes du maintien de l'autonomie, ils interviennent tout au long de la filière gériatrique, en agissant sur le risque de dépendance iatrogénique hospitalière grâce en particulier à leur intégration dans les équipes mobiles gériatriques, dans les services de réadaptation gériatrique et dans la jonction hôpital domicile en intervenant sur l'aménagement de l'environnement. Le rapport de la HAS sur la prévention, de la dépendance iatrogénique liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées (HAS, 2017), indiquait que « il est nécessaire d'apporter aux PA un environnement et des équipements adaptés et sécuritaires avec pour objectifs de favoriser l'orientation, la communication, le maintien des fonctions cognitives et de l'humeur ; de maintenir l'autonomie fonctionnelle de la PA dans les activités de base de la vie quotidienne (en particulier les transferts, la marche et la continence) ; et de réduire le risque de chute. Ces interventions peuvent requérir l'expertise d'un ergothérapeute ». En 1997, le CHU de Nîmes montrait dans une étude prospective une diminution du taux de réhospitalisation à 3 mois en sortie de SSR de 40 à 19% suite à la mise en place d'une équipe mobile d'ergothérapeutes préparant le

retour à domicile. Le risque de restriction d'activités est identifié lors de la phase de transition entre l'hôpital et le domicile, c'est une cible du plan PAERPA, à cela plusieurs explications : le recours excessif aux aides humaines dédiées à limiter le temps d'hospitalisation, le faible taux d'aménagements et de recours aux aides techniques, l'absence de préparation des aidants au retour à domicile.

Les équipes d'appui réadaptation se sont développées pour intervenir sur cette charnière entre l'hôpital et le domicile et pour favoriser le maintien à domicile en apportant des prestations de réadaptation ergothérapeutiques. Ces équipes restent néanmoins limitées, dépendantes de financements régionaux et ne permettent pas une égalité des chances d'accès à la compensation sur l'ensemble du territoire. Les centres hospitaliers tendent à limiter leur implication dans la préparation du retour à domicile du fait d'une tarification à l'activité inadaptée à l'intervention des ergothérapeutes hospitaliers réalisant des visites à domicile de préparation de sortie et du coût logistique de telles interventions.

L'accès à l'ergothérapie à domicile est développé dans de nombreux pays européens (Suisse, Allemagne, Belgique ...), il présente l'intérêt d'interventions de courte durée ciblées sur la reprise ou le maintien d'activités dont les effets médico-économiques en termes de réduction des dépenses d'aides humaines et de santé sont démontrés. Ces interventions prolongent et sanctuarisent la sécurisation des habitudes de vie reprises et permettent une meilleure coordination avec les partenaires référents de ville (médecin et pharmacien). Les perspectives d'actions spécifiques par forfait, prises en charge de façon homogène sur le territoire national et par la solidarité nationale de droit commun (assurance maladie), génère un accès équitable et efficient pour la population vieillissante française. Les expérimentations de mobilisation d'ergothérapeutes « de ville » dans certains dispositifs expérimentaux (PAERPA Lorraine) ont donné toute satisfaction en ce domaine.

L'ARS Occitanie a donné une place importante aux ergothérapeutes au sein du PAERPA 34. Des ergothérapeutes coordinateurs font partis de la coordination territoriale d'appui et apportent leur compétence dans l'élaboration des plans personnalisés de santé en lien avec les coordinations cliniques de proximité. Dans ce cadre, une prestation de réadaptation fonctionnelle à domicile est financée et permet l'intervention à domicile d'un ergothérapeute.

CONTACTS



Artisans de votre liberté

Association Nationale Française des Ergothérapeutes

64 rue Nationale - CS 41362

75214 Paris Cedex 13

01 45 84 30 97

accueil@anfe.fr

www.anfe.fr



Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

51 chemin des Manardes

34160 Boisseron

afeg.ergo@gmail.com

www.afeg.asso.fr