

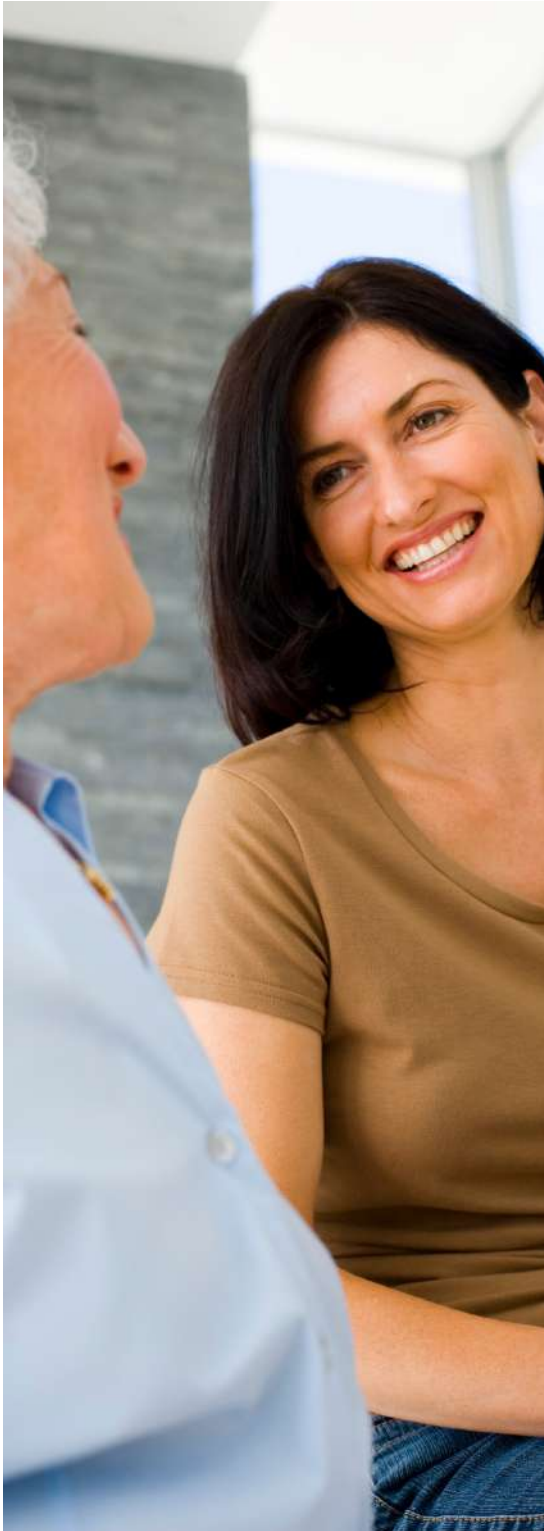
ACCOMPAGNEMENT EN GÉRIATRIE



A- L'ergothérapie et sa pratique

1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapie est une profession de santé reconnue par le Code de la santé publique : Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (dont la profession d'ergothérapeute).



Son champ d'expertise est centré sur les liens entre la santé et l'occupation, entendue au sens anglo-saxon comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. » (Meyer, 2013, p. 59).

En France, l'ergothérapie s'inscrit dans les standards professionnels reconnus à l'échelle internationale, portés par la Fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapists - <https://wfot.org>), à laquelle la profession est affiliée depuis 1964.

L'objectif de l'ergothérapeute est d'aider toute personne, quel que soit son âge et les difficultés qu'elle rencontre, à réaliser les activités qui sont importantes et nécessaires pour elle dans sa vie quotidienne et dans son environnement habituel. Cette démarche vise à soutenir sa capacité d'autodétermination et à améliorer son autonomie, sa santé et sa qualité de vie. Ces activités peuvent concerner, par exemple, l'hygiène, l'habillage, la préparation des repas, l'entretien du logement, le travail, les loisirs, le jeu, la participation à des activités culturelles ou bénévoles. Pour atteindre cet objectif, l'ergothérapeute ne s'intéresse pas uniquement aux difficultés de la personne, mais aussi à son environnement et aux conditions dans lesquelles les activités sont réalisées. L'ergothérapeute prend en compte, par exemple, les déplacements, le positionnement, l'utilisation d'aides techniques, l'aménagement du domicile, du lieu de travail ou des espaces publics, ainsi que le contexte social et culturel.



Le fonctionnement d'une personne dans ses activités résulte ainsi de l'interaction entre trois éléments indissociables : la personne, son environnement et ses activités.

Ce fonctionnement dépend notamment :

- des capacités physiques, sensorielles, mentales et psychiques de la personne, mais aussi de ses valeurs, de ses intérêts et du sens qu'elle attribue à ses activités ;
- des caractéristiques de l'environnement, telles que l'accessibilité des lieux, la présence et les attentes d'autres personnes, les ressources matérielles et financières disponibles, ainsi que tout autre élément qui conditionne les possibilités et les conditions de réalisation des activités ;
- des caractéristiques des activités elles-mêmes, par exemple leur complexité, les compétences nécessaires ou le matériel requis.

Une difficulté à réaliser une activité peut donc apparaître lorsqu'il existe un décalage entre les capacités de la personne, les exigences de l'activité et/ou les ressources offertes par l'environnement matériel et social. L'ergothérapeute adopte ainsi une approche globale systémique, qui ne réduit pas les difficultés d'une personne à ses seules capacités physiques, cognitives ou psychiques, ou aux contraintes de son environnement.

Pour guider son intervention, l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles de référence scientifiquement validés, qui l'aident à analyser les situations et à proposer des solutions adaptées aux besoins des personnes et aux contextes dans lesquels elles évoluent (Morel-Bracq, 2024). Son action s'inscrit dans des valeurs humanistes et de justice sociale, en considérant que la participation aux activités de la vie quotidienne est un déterminant majeur de la santé et du bien-être.



2. Processus de diagnostic en ergothérapie

Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute commence par recueillir les priorités, les attentes et les habitudes de vie de la personne, ainsi que les caractéristiques de son environnement (humain, matériel, organisationnel ou institutionnel).

L'ergothérapeute s'intéresse aux activités que la personne réalise au quotidien afin de dresser un « profil occupationnel », qui permet de comprendre ce qui est important pour elle, ce qu'elle doit faire dans sa vie de tous les jours et les difficultés qu'elle rencontre (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

Lorsque la personne n'est pas en mesure de s'exprimer directement, ces informations peuvent être recueillies auprès de son entourage, comme la famille ou les professionnels qui l'accompagnent, notamment lorsque la personne vit en institution.

L'ergothérapeute recueille ensuite des données, à l'aide d'entretiens, d'observations et d'outils d'évaluation, permettant de comprendre où se situent les forces et les difficultés de la personne, les facilitateurs et les obstacles au sein de l'environnement, et d'analyser les composantes des activités qu'elle souhaite ou doit réaliser (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

Pour appuyer son évaluation, l'ergothérapeute mobilise des connaissances issues du champ biomédical (anatomie, fonctionnement du corps, pathologies), de la rééducation, de la réadaptation et du handicap, ainsi que des compétences techniques liées, par exemple, aux aides techniques, à l'aménagement de l'environnement ou aux technologies du quotidien (Delaisse et al., 2022). Ces connaissances permettent d'identifier avec précision les facteurs facilitant ou limitant la réalisation des activités au niveau de la personne et de son environnement.

Cette démarche conduit à l'établissement d'un diagnostic en ergothérapie (Dubois et al., 2017). Celui-ci permet ainsi d'analyser et de relier les données collectées afin de comprendre comment la personne réalise ses activités au sein de son environnement habituel. Ce diagnostic met en évidence les causes des difficultés observées, leurs conséquences sur la vie quotidienne de la personne, ainsi que les ressources et les leviers sur lesquels s'appuyer, afin de pouvoir agir sur l'un ou plusieurs de ces facteurs.

Il permet également d'évaluer les possibilités de récupération, d'adaptation ou de maintien des capacités, orientant également la nature des interventions qui seront menées (par exemple, réentraînement des capacités ou adaptation des activités et de l'environnement).

Le diagnostic en ergothérapie guide ainsi l'établissement d'objectifs en co-construction avec la personne et/ou son entourage, qui s'inscrivent dans un plan d'intervention interprofessionnel et dans le projet de vie de la personne.



3. Processus d'intervention en ergothérapie



Les interventions de l'ergothérapeute peuvent répondre à différents objectifs, en fonction des besoins de la personne et de la situation rencontrée (Meyer, 2013; Caire et al., 2023; Morel-Bracq, 2024) :

- favoriser la récupération des capacités par des actions de rééducation ;
- accompagner l'apprentissage de nouvelles compétences, par exemple dans le cadre de l'éducation thérapeutique ;
- maintenir les capacités existantes lorsque la récupération n'est pas possible ;
- compenser les difficultés et favoriser l'autonomie, en adaptant les activités, en proposant des aides techniques ou en aménageant l'environnement ;
- agir en prévention et en promotion de la santé.

La spécificité de l'ergothérapeute réside dans son analyse systémique des interactions entre la personne, ses activités et son environnement. Contrairement à des interventions centrées principalement sur les fonctions, les symptômes ou des activités décontextualisées, l'ergothérapeute s'intéresse à ce que la personne fait effectivement, ou souhaite faire, dans son environnement habituel.

L'ergothérapeute intervient ainsi directement sur les interactions entre la personne, ses activités et son environnement, en cherchant à ajuster l'un ou plusieurs de ces éléments afin de favoriser la participation, l'autonomie et l'autodétermination de la personne. Cette approche permet d'agir non seulement sur les capacités de la personne, mais aussi sur les conditions matérielles, sociales et organisationnelles qui influencent la réalisation des activités.



Dans cette perspective, l'ergothérapeute est un professionnel polyvalent, capable d'intervenir auprès de publics très variés, de la petite enfance au grand âge, et dans de nombreux contextes : santé physique ou cognitive, santé mentale et secteur médico-social. Il peut ainsi intervenir en prévention, en coordination, en rééducation, en réadaptation, en réinsertion ou en réhabilitation psychosociale.

L'ergothérapeute peut intervenir à différents moments du parcours de vie et du parcours de soins, en fonction des besoins des personnes et des contextes d'intervention. Il peut ainsi être mobilisé en amont, pour anticiper ou prévenir des difficultés dans la réalisation des activités, pendant les phases de soins ou de réadaptation, et en aval, pour accompagner le retour ou le maintien dans les lieux de vie habituels.

Par son intervention, l'ergothérapeute contribue à assurer une continuité entre les soins, les lieux de vie et les différents acteurs impliqués, en tenant compte des réalités du quotidien des personnes. Cette position transversale lui permet d'intervenir en lien avec les secteurs sanitaire, social et médico-social, et de s'adapter aux différentes modalités d'organisation des services.

Références

Caire, J.M., Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations*. De Boeck Supérieur.

Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., et Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., et Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.

Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, É., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riquet, K., et Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Meyer S. (2013). *De l'activité à la participation*. ANFE-De Boeck-Solal.

Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux modèles fondamentaux* (3e éd.). De Boeck Supérieur.

Dans ce cadre, le rôle de l'ergothérapeute se construit en articulation avec celui des autres professionnels, en fonction des missions des structures et des besoins identifiés, afin de garantir la cohérence et la complémentarité des interventions au sein des équipes. La suite de ce document présente plusieurs situations concrètes illustrant le rôle de l'ergothérapeute dans différents domaines d'intervention.

Zoom sur un cas clinique

Description de la population cible / indication

Mme V., 62 ans, est atteinte d'une pathologie neurodégénérative depuis une vingtaine d'années et dispose d'un fauteuil roulant manuel. A la suite d'une réévaluation de sa situation de santé, elle est orientée par le médecin MPR vers un accompagnement en ergothérapie sur son lieu de vie en raison d'une perte d'autonomie progressive liée à l'évolution de la maladie notamment dans la gestion de sa mobilité et une altération de sa posture au fauteuil roulant manuel qui pourrait nécessiter une réévaluation potentielle du plan d'aide humaine.

Recueil de données

Mme V. vit seule dans un appartement avec ascenseur et bénéficie de l'intervention quotidienne d'une auxiliaire de vie pour l'aide à la toilette et la préparation des repas. Le recueil de données est réalisé à son domicile afin d'évaluer, observer et analyser ses difficultés dans l'utilisation du fauteuil pour la réalisation de ses activités dans son contexte de vie.

1- **Entretien** avec Mme V. pour faire le point sur ses besoins émergents en matière de mobilité et d'autonomie, évaluer leur importance et les prioriser. Mme V. fait état de difficultés récentes dans la gestion des transferts (vers les toilettes, le lit...). Elle évoque également un isolement croissant lié aux difficultés de propulsion manuel du fauteuil roulant et à une fatigabilité persistante qui l'amène peu à peu à ne plus sortir de chez elle.

2- **Réalisation de bilans complémentaires** : Une évaluation par bilan postural MCP2A^[12] (Gagnon, B., 2004) est réalisée en complément du bilan neuro-orthopédique existant dans le but d'analyser l'alignement du corps, les possibilités de correction de postures vicieuses, et l'impact du fauteuil actuel sur la santé et le bien-être de la patiente. Ses capacités de mobilisation ne justifient pas l'utilisation d'une évaluation des risques d'escarre néanmoins l'état de la peau est questionnée. Une échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur est utilisée pour quantifier la douleur perçue au fauteuil roulant et durant les transferts.

3- **Mise en situation** : Une évaluation des habiletés au fauteuil dans l'habitat et dans l'environnement extérieur est réalisée afin d'identifier les points à travailler pour faciliter l'autonomie au fauteuil et les préconisations d'aménagement à mettre en oeuvre (programme WSP-F^[13] partie WST-Q2) (Kirby et al. 2020).

^[12] MCPAA 2.0 (Mesure du Contrôle Postural Assis chez l'Adulte) est un instrument d'évaluation clinique du contrôle postural assis des adultes utilisant un fauteuil roulant qui permet d'analyser l'alignement des segments corporels et l'influence entre le mouvement et la posture.

^[13] Le programme WSP-F est dédié à l'évaluation et l'entraînement des habiletés des personnes utilisant un fauteuil roulant quel que soit son type. Le WSP est composé d'un ensemble de protocoles d'évaluation et d'entraînement des habiletés en fauteuil roulant respectivement le WST/WST-Q et le WSTP



Diagnostic ergothérapique

L'évaluation MCP2A montre un contrôle postural altéré associé à :

- Un équilibre assis déficitaire dû à une hypotonie de tronc
- Une obliquité gauche du bassin réductible et une diminution de la rotation gauche
- Une antéversion modérée du bassin associée à une hyperlordose lombaire
- Une réductibilité de l'adduction légère de hanche droite et de l'abduction de hanche gauche
- Une inclinaison légère droite du tronc réductible

Par ailleurs Mme V. évoque des douleurs dorsales chroniques dues au maintien prolongé d'une posture inadaptée qu'elle cote à 7 sur 10 sur l'EVA en fin de journée.

Mme V. conserve une indépendance partielle dans la mise en oeuvre des activités qui ont du sens pour elle comme la lecture, la navigation sur son ordinateur et les échanges téléphoniques. Ces activités induisent néanmoins des efforts liés à une ergonomie inadaptée des différents espaces et matériels utilisés et sont potentiellement réductibles par une adaptation de l'environnement domiciliaire et le recours à des aides techniques et stratégies ciblées.

En outre, l'évaluation des habiletés au fauteuil roulant montre que la hauteur du dossier de celui-ci est aujourd'hui trop basse. Le manque de soutien dorsal entraîne un enroulement global du buste vers l'avant ainsi qu'un effondrement latéral. Ce positionnement insuffisant rend de plus en plus difficile l'utilisation des membres supérieurs pour les différentes activités, notamment pour la réalisation des transferts.

Enfin, en raison d'une diminution marquée de la force musculaire de ses membres supérieurs, Mme V. est en grande difficulté pour utiliser son fauteuil sur un périmètre plus large que celui de son appartement. N'étant plus en mesure d'utiliser son fauteuil en extérieur, elle est contrainte à ne plus sortir de chez elle ce qui réduit sa participation sociale à des échanges essentiellement distanciels ce dont elle déclare souffrir particulièrement.

Définition du plan d'intervention

Les objectifs d'intervention sont définis avec Mme V. comme suit :

- **Objectif 1** : D'ici 9 mois, Mme V. réalisera ses transferts vers le lit et les toilettes en autonomie,
- **Objectif 2** : D'ici 9 mois, Mme V. réalisera toutes ses activités (lecture, navigation internet, échanges téléphoniques) à son domicile sans dépasser un ressenti douloureux de $\leq 4/10$ en fin de journée.
- **Objectif 3** : D'ici 9 mois, Mme V. ira faire ses courses au marché toutes les semaines, ira au restaurant du quartier une fois par semaine pour déjeuner avec ses amies et se rendra à la médiathèque au moins une fois par semaine pour emprunter des livres et assister à des conférences.

Compensation – aides techniques

Une prescription de fauteuil roulant manuel (FRM) plus adapté et une prescription de fauteuil roulant électrique (FRE) pour les déplacements en extérieur est réalisée en lien avec le médecin MPR afin de permettre à Mme V. de disposer d'assises modulables souples et évolutives permettant de corriger les défauts de positionnement antérieurs. Une attention particulière est portée à la hauteur des dossiers afin de maintenir le tronc sans enrayer le mouvement lors des transferts. Le FRM est préconisé avec une assise de positionnement permettant la compensation de l'obliquité gauche du bassin et la stabilisation pelvienne avec appuis pertrochantériens pour corriger l'obliquité, un biseau crural pour limiter la rotation qui impacte l'adduction et l'abduction des hanches. Aussi, un dossier souple de hauteur adaptée, réglable en tension, intégrant un soutien complété par une ceinture sur les épines iliaques antéro supérieures et des cales lombaires pour limiter l'antéversion de bassin.

Au regard des contraintes de l'environnement extérieur, un fauteuil roulant électrique 4 roues conduit à l'aide d'un joystick est envisagé pour les sorties quotidiennes extérieures en contexte plutôt citadin.

Des préconisations d'aménagement du poste informatique ont permis de mettre en place un bras d'écran et un support de clavier sur la table-bureau afin de rapprocher ces éléments de Mme V. et lui permettre de conserver une position assise correcte et sans sursollicitation des membres supérieurs, du tronc et de cervicales lors de la navigation internet.

Adaptation de l'activité

Les séquences de transferts sont analysées et réorganisées en s'appuyant sur le protocole de réentraînement WSP-F afin de limiter l'effort, les risques et la douleur, en cohérence avec les capacités actuelles de Mme V.

Adaptation de l'environnement

Des adaptations simples de l'environnement sont mises en oeuvre afin de sécuriser ses déplacements dans son domicile (désencombrement des pièces) et lui permettre d'accéder aux différents objets et outils nécessaires à ses activités de vie quotidienne (mise à hauteur des éléments). Des préconisations d'installation de travaux, plan à l'appui, ont également été transmises à Mme V. afin d'anticiper une possible demande liée à l'évolutivité de sa pathologie (installation d'un portique de transfert dans la chambre et la salle de bain, suppression d'une cloison entre la chambre et la salle de bain) (Maillard, 2023).

Éducation thérapeutique du patient (ETP)

Mme V. est accompagnée dans l'utilisation de son fauteuil électrique afin de pouvoir l'utiliser en autonomie et en sécurité dans ses déplacements extérieurs, au restaurant et dans la médiathèque. Elle est également accompagnée dans le développement de stratégies de gestion de l'énergie au travers de l'apprentissage de la planification et du fractionnement de ses activités quotidiennes et hebdomadaires.

Impact – résultats attendus / observés

L'intervention n'a pu être évaluée qu'à 9 mois au regard des délais d'attribution des fauteuils (parcours d'attribution et mise à disposition du matériel). A cette date, Mme V. réalise ses transferts seule. Son degré de satisfaction dans la réalisation de la tâche est bon même si elle souhaite progresser encore pour être plus rapide dans son exécution. Les aménagements réalisés à son domicile ont contribué à améliorer son confort, sa sécurité et la fluidité de ses activités quotidiennes. Ainsi, à la fin de la journée les douleurs ressenties sont en moyenne de 3 à 5/10 suivant les jours et les sollicitations.

Mme V. se rend au marché et à la médiathèque toutes les semaines. Après avoir été plusieurs fois au restaurant, elle a décidé de limiter cette sortie qui la fatigue beaucoup (bruit et efforts liés aux manœuvres du fauteuil dans l'espace contraint) et préfère rejoindre une amie pour le thé dans l'espace dédié proche de la médiathèque qu'elle juge moins bruyant et plus adapté.

A l'issue de l'intervention, le volume horaire d'aide humaine nécessaire sur la journée n'est finalement pas augmenté car Mme V. a conservé son autonomie dans les tâches pour lesquelles elle était en difficulté. Son souhait de bénéficier de plus d'aide humaine s'est en outre révélé être en partie liée à un manque de lien social ce qui ne fait plus l'objet de sa plainte actuelle.

Références

Gagnon, B; Lemelin, B ; Guerette, C (2008) La Mesure du contrôle postural assis de l'adulte (MCPAA 2.0) : ses avantages dans un contexte d'évaluation clinique pour l'attribution d'un fauteuil roulant et d'une aide technique à la posture : Positionnement/installation, *L' Escarre (Boulogne)*. Num 37, pp 7-11

Kirby RL, et al. (2020) *Guide du Programme d'habiletés en fauteuil roulant* version 5.1 Publié électroniquement à l'Université Dalhousie, Halifax, NouvelleÉcosse, Canada. <https://wheelchairskillsprogram.ca/fr/guide-et-formulaires/>

Maillard, A., Tastayre, E., Espinasse, P., & Kabiria, F. (2023). *Bénéfices de l'utilisation de lève-personnes sur rail plafonnier comparativement aux lève-personnes mobiles*. Revue de l'AFEG n° 51.

ANFE
64, rue Nationale
752013 PARIS
Tél : 01 45 84 30 97
accueil@anfe.fr
www.anfe.fr



Membre de la Fédération Mondiale des
Ergothérapeutes - W.F.O.T. et du Conseil
des Ergothérapeutes pour les pays
européens - C.O.T.E.C. Membre Fondateur
de l'Union Interprofessionnelle des
Associations de Rééducateurs et Médico-
techniques - U.I.P.A.R.M.