

**Université René Descartes – Paris V  
Faculté Cochin – Port Royal**

**Utilisation de l'ergothérapie dans la prise en charge des personnes  
âgées en EHPAD**

**Rôle du médecin coordonnateur**

**Emmanuelle CAILLETEAU - BARTHES**

**Diplôme inter-universitaire : Médecin coordonnateur en EHPAD**

**2009 – 2010**

**Directeur de thèse**

## **PLAN**

### **1. 1 QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**

### **1. 2 INTRODUCTION**

### **2. 1 UNE REFORME**

### **2. 2 LES ERGOTHERAPEUTES**

### **2. 3 L'ETUDE DE L'AFEG**

#### **2. 3. 1 LES QUESTIONNAIRES**

**2.3.1.1 Le questionnaire « ergothérapeute »**

**2.3.1.2 Le questionnaire « directeur »**

**2.3.1.3 Le questionnaire « médecin coordonnateur »**

#### **2.3.2 REPONSES OBTENUES**

**2.3.2.1 Réponses des ergothérapeutes**

**2.3.2.2 Réponses des directeurs**

**2.3.2.3 Réponses des médecins coordonnateurs**

#### **2.3.3 ANALYSE ET DISCUSSION**

**2.3.3.1 Insatisfaction**

**2.3.3.2 Nos actions et leurs attentes**

**2.3.3.3 L'ergothérapeute au sein d'une équipe**

#### **2.3.4 CONCLUSION DE L'ENQUETE**

## **1.1 QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**

Le vieillissement est une question d'importance croissante dans le monde actuel, en particulier dans les sociétés occidentales. L'Europe est en train de faire face à un vieillissement général de sa population.

### ***En France, en 2050, une personne sur trois aurait 60 ans ou plus***

En 2050, 22,3 millions de personnes seraient 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). Le vieillissement de la population française s'accroîtrait 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 inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accroître son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

Entre 2010 et 2050, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus doublerait.

## Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (scénario central de projection)

\* Chiffre pour l'année 2049. Les projections s'arrêtent au 1er janvier 2050. Le solde naturel de l'année 2050, différence entre les naissances de 2050 et les décès de cette année, n'est donc pas projeté.

Champ : **France métropolitaine.**

Source : Insee, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.

Année	Population au 1 <sup>er</sup> janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	<b>16,7</b>	<b>8,8</b>	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	<b>26,2</b>	<b>15,6</b>	- 26,4*	+ 100

## **1. 2 INTRODUCTION**

L'autonomie, les fonctions motrices et les fonctions cognitives diminuent avec l'âge impliquant pour ces personnes âgées une prise en charge adaptée et spécifique.

**Le sujet vieillissant, un public particulier : 30% des personnes de 90 ans et plus sont dépendantes**

Le vieillissement de la population va de pair avec un accroissement du nombre de personnes en perte d'autonomie car la dépendance augmente fortement avec l'âge. Si seulement 2% des personnes entre 60 et 69 ans sont touchées, à 80 ans, elles sont 10,5% et 30% à 90 ans. En moyenne, selon les projections de la DREES et de l'INSEE, la population âgée et dépendante progresse de plus de 20% d'ici 2020 et de 50% à l'horizon 2040\*\*\*.

Des déficiences peuvent apparaître au cours de la vie et peuvent se cumuler et atteindre les aptitudes sensorielles, cognitives et motrices.

Les personnes âgées projettent souvent la vieillesse sur l'autre : « *c'est jamais moi mais l'autre qui vieillit* » pense-t-on souvent. La volonté de bien vieillir. Naturellement, nombreux sont les Français qui souhaitent vivre le plus longtemps et de surcroît avec une certaine autonomie. Vieillir, oui, mais : avec quel état de santé ? Bien vieillir dans une structure ? Dans le cas où une dépendance surviendrait, que peut-on faire pour maintenir les gestes essentiels de la vie quotidienne ? L'adage « *Guérir, c'est prévenir* », nous amène à imaginer qu'on ne peut pas guérir de la vieillesse, mais que cependant on peut prévenir un certain nombre de ces effets, en particulier les futures situations de dépendance.

C'est pourquoi la prévention est nécessaire, pour ne pas se sentir un jour mal dans son logement.

**L'ergothérapie** doit donc permettre à ces générations de « *mieux* » vieillir et de vieillir mieux malgré une situation de dépendance.

## **2. 1 UNE REFORME**

Depuis 1999, tous les établissements sont appelés à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci, centrée sur les résidents, s'appuie sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration des prestations offertes, des projets de vie et de soins.

La convention tripartite signée entre ces différentes autorités précise les moyens alloués à l'établissement au regard des objectifs "qualité" retenus.

Le Médecin Coordonnateur au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sert de lien entre la Direction de l'établissement, l'équipe soignante, le résident et sa famille. Il a plusieurs missions au sein de l'établissement dont le but essentiel est une optimisation des moyens à mettre en œuvre pour le « bien être » du résident.

Il établit, à l'arrivée de chaque nouveau résident, un projet de soins en coopération avec le Médecin Traitant et l'équipe soignante et un projet de vie avec la famille du résident, la psychologue, l'ergothérapeute et l'animatrice.

Les capacités, incapacités et déficiences des patients âgés ainsi que les facteurs personnels et environnementaux déterminant le degré d'autonomie des personnes sont analysées.

Une démarche ergothérapique individualisée et comprenant des activités thérapeutiques sont déterminées : Rechercher, choisir et utiliser les aides techniques appropriées

Une relation de confiance avec le patient âgé et son entourage est indispensable pour apporter la meilleure réponse aux besoins et aux attentes de la personne âgée. Eduquer et conseiller le patient âgé et son entourage en vue d'une démarche d'autonomisation.

C'est un travail d'équipe, transversal, être à l'écoute de la personne âgée qui est un citoyen.

Le travail d'équipe inclut l'ergothérapeute dont cette spécialité se développe de plus en plus auprès des personnes âgées. Il est membre d'une équipe pluridisciplinaire. Dès que le médecin, après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire constate une perte d'autonomie, il réalise une prescription médicale d'ergothérapie.

## **2. 2 LES ERGOTHERAPEUTES**

Les ergothérapeutes sont environ 5.300 en France.

Les ergothérapeutes interviennent donc à partir d'une évaluation globale du sujet et de son environnement. Cette démarche s'accompagne le plus souvent par une préconisation de matériels et/ou d'aménagements prenant en compte, au plus juste, les besoins et possibilités de la personne. Elles permettent de préserver ou de stimuler ou se remémorer les gestes de la vie quotidienne.

De nombreuses études ont montré l'importance de l'ergothérapie dans la prise en charge des personnes âgées quelle soit atteinte de la maladie d'Alzheimer ou non.

L'ergothérapie aide à conserver ou à réapprendre les gestes de la vie quotidienne, rendre plus autonome, aider l'entourage et permettre au maximum le maintien de l'autonomie. L'ergothérapie sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées pour leur permettre de maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle possible.

C'est la raison pour laquelle les ergothérapeutes sont de plus en plus sollicités à travailler en EHPAD.

## **2. 3 L'ETUDE DE L'AFEG**

Ces 4 dernières années, beaucoup de postes d'ergothérapeutes ont été créés en EHPAD.

Lors du congrès de l'*Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie en 2006 (AFEG)*, le constat était que plus de 50% des ergothérapeutes exerçant dans le secteur de la gériatrie se trouvaient dans ces établissements.

*Il est apparu important **d'en savoir plus sur la pratique des ergothérapeutes d'EHPAD** et c'est la raison pour laquelle une enquête a été menée, cette année-là en 2006. .*

Cette enquête avait pour but de déterminer quelle place les ergothérapeutes trouvaient dans ces institutions.

38 EHPAD situées dans le département de l'Hérault et disposant d'un ergothérapeute ont été sélectionnées. L'enquête regroupait 3 points de vue :

- celui des ergothérapeutes
- celui des directeurs
- celui des médecins coordonnateurs.

## **2.3.1 LES QUESTIONNAIRES**

### **2.3.1.1 Le questionnaire « ergothérapeute »**

Les questions posées aux ergothérapeutes portaient sur leur structure (nombre de lit, temps de travail), leurs missions (si elles étaient bien définies avec directeur et médecin coordonnateur, et s'il disposaient d'une fiche de poste), leurs interventions (objectifs, contenu, celles qui leur prennent le plus de temps et celles qu'ils estiment être les plus importantes), leur collaboration avec les autres professionnels. Plusieurs questions enfin portaient sur leur rôle, la satisfaction qu'ils tiraient de leur activité et s'ils se sentaient bien identifiés dans leur institution.

Nous leur avons demandé de remplir un questionnaire pour chacun de leurs postes s'ils en avaient plusieurs.

### **2.3.1.2 Le questionnaire « directeur »**

Il comportait des questions sur l'établissement, le poste d'ergothérapeute, s'il souhaiterait en augmenter les heures et enfin les priorités selon eux des missions de l'ergothérapeute.

### **2.3.1.3 Le questionnaire « médecin coordonnateur »**

Les questions concernaient le nombre d'EHPAD coordonnés puis nous leur demandions de citer jusqu'à 6 missions de l'ergothérapeute en EHPAD, et de nous donner leur avis sur l'intérêt d'un dossier patient en ergothérapie, individualisé ou intégré au dossier de soin.

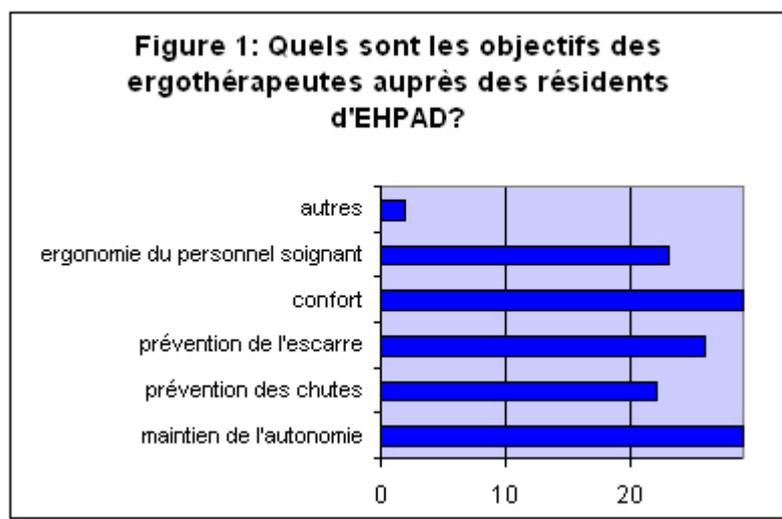
## 2.3.2 REPONSES OBTENUES

### 2.3.2.1 Réponses des ergothérapeutes

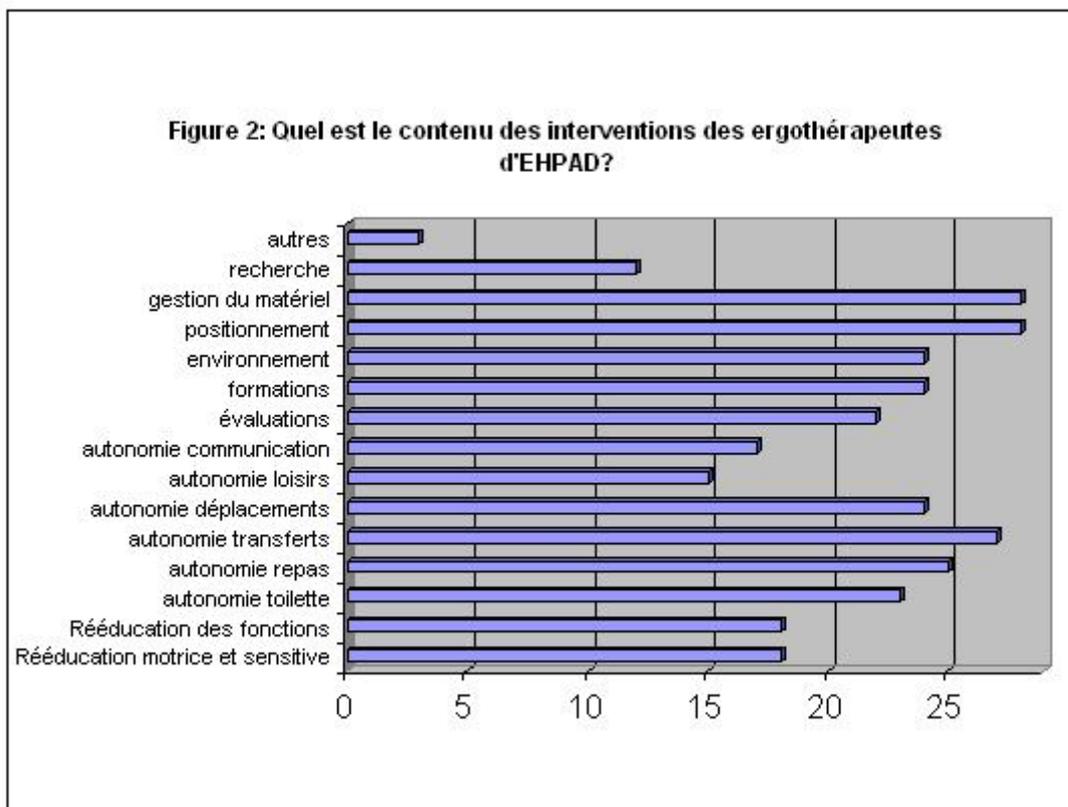
20 ergothérapeutes nous ont répondu, soit 29 postes différents. 65% interviennent dans une seule EHPAD, 35% dans au moins 2. Une large majorité est à mi-temps et plus de la moitié des postes sont à 40% et moins.

Les missions de l'ergothérapeute sont bien définies avec le directeur et le médecin coordonnateur dans 34% des cas. Dans 58% des postes, elles sont bien définies avec au moins le directeur.

Le maintien de l'autonomie et le confort sont les objectifs de 100% des ergo interrogés. Puis viennent la prévention de l'escarre et la formation. Les autres objectifs cités sont la participation à l'élaboration du projet de vie. (figure 1)



97% des ergothérapeutes interrogés gèrent le matériel médical et pratiquent le positionnement des résidents au lit et au fauteuil. Le travail de l'autonomie dans les transferts et changements de position concerne 93% des ergo interrogés. Le travail de l'autonomie repas (86%), dans les déplacements (83%) ainsi que l'adaptation de l'environnement et la formation du personnel (83%) arrivent ensuite. (figure 2)



Les activités les plus chronophages sont l'installation/positionnement au fauteuil et au lit, suivi de la gestion du matériel, l'entretien de l'autonomie et l'entretien des fonctions supérieures. Ces activités sont également des actions essentielles dans leur activité d'ergothérapeute pour 80% d'entre eux. Enfin, 2/3 des ergothérapeutes interrogés ont une fiche de poste

Au niveau de leur place dans l'équipe, 65% des ergothérapeutes interrogés sont satisfaits de leur rôle. 40% se sentent encore mal identifiés par leurs collègues. Presque tous les ergothérapeutes interrogés participent aux réunions. Enfin, 100% travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de leur structure : essentiellement avec les kinésithérapeutes, le ou la psychologue et les infirmières

### **2.3.2.2 Réponses des directeurs**

14 directeurs sur 26 nous ont répondu. Près de 70% des directeurs souhaiteraient augmenter le temps de travail de l'ergothérapeute. Selon eux, les missions prioritaires de l'ergothérapeute sont le maintien de l'autonomie et l'entretien des capacités du résident. Les actions sur le confort et la prévention des chutes sont données en deuxième position.

### **2.3.2.3 Réponses des médecins coordonnateurs**

Nous avons obtenus 11 réponses sur 29 médecins sollicités. Ces médecins coordonnent entre 1 et 3 Ehpad. La première mission de l'ergothérapeutes est selon eux l'évaluation et la mise en place d'aides techniques. Vient ensuite l'entretien des capacités de la personne âgée et la formation des soignants, puis la participation au projet d'établissement et l'évaluation et enfin le positionnement et le maintien de l'autonomie.

### **2.3.3 Analyse et discussion**

#### **2.3.3.1 Insatisfaction et identification des ergothérapeutes en EHPAD**

Les postes d'ergothérapeutes en EHPAD sont aujourd'hui majoritairement des petits temps de travail (entre 10 et 40%). 1/3 d'entre nous cumulons les interventions dans plusieurs institutions.

Si on étudie de plus près le lien entre le temps de travail et le niveau de satisfaction vis à vis de leur rôle des ergothérapeutes interrogés, on observe ceci : parmi ceux qui interviennent à moins de 0,20 ETP, 70% sont insatisfaits du rôle qu'il joue dans la structure. Alors que 80% de ceux qui interviennent à plus de 0,50 ETP sont satisfaits. Il semble donc y avoir un lien entre le niveau de satisfaction de l'ergothérapeute quant à son rôle dans la structure et son temps de travail.

L'intervention sur des temps courts a en effet des contraintes : les ergothérapeutes doivent répondre rapidement et de façon ciblée aux besoins des résidents et des équipes, ils doivent pour cela se centrer sur certains objectifs et en mettre d'autres de côté. Ils ont moins de facilités à participer à la vie de l'établissement, à aborder tous les aspects de la qualité de vie des résidents, et à intégrer les projets d'établissement. Les très petits temps de travail -de quelques heures à une journée- sont réellement source d'insatisfaction.

Concernant l'image qu'ils renvoient à l'équipe, le fait d'avoir une fiche de poste n'améliore pas forcément le sentiment des ergothérapeutes d'être bien identifiés dans leur établissement. D'autre part, ils ne se sentent pas mieux identifiés lorsqu'ils sont plus souvent présents dans la structure.

En revanche, 80% des ergothérapeutes dont les missions sont clairement définies avec à la fois le directeur et le médecin coordonnateur, se sentent bien identifiés dans leur rôle par l'ensemble de l'équipe. Et 80% de ceux qui n'ont pas défini clairement leurs missions ni avec le directeur, ni avec le médecin se sentent mal identifiés par l'équipe. 100% de ceux qui n'ont pas pu répondre à la question de la définition des missions avec leurs responsables hiérarchiques se sentent également mal reconnus dans l'équipe. La concertation avec ses 2 responsables hiérarchiques semble donc être le garant d'un sentiment d'identification et de reconnaissance par l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD. La mise en forme de ces missions sur une fiche de poste n'est à priori efficace que si elle est la résultante de ces concertations.

En complément du ressenti professionnel des ergothérapeutes, l'enquête nous a aussi permis de voir dans quelle mesure les compétences que nous utilisons en EHPAD répondaient aux attentes de la direction et du médecin coordonnateur. Nous avons dégagé 3 de ces compétences.

### **2.3.3.2 Nos actions et leurs attentes**

- **Le positionnement et l'installation du résident :**

C'est notre premier poste d'interventions en EHPAD. Il peut avoir plusieurs objectifs : le confort du résident, la prévention des complications liées à la perte de mobilité, et/ou des objectifs de fonction (comme l'installation au lit favorisant la prise autonome du petit déjeuner). Les actions de positionnement peuvent concerner 70 à 80% des résidents d'une EHPAD. C'est également une demande prioritaire de la direction. En revanche, elle n'est citée que par la moitié des médecins coordonnateurs. Au positionnement est associée la gestion du matériel qui est notre activité la plus chronophage en institution mais qui reste malheureusement incontournable.

- **Le maintien de l'autonomie :**

C'est la première demande des directeurs et le troisième poste d'intervention des

ergothérapeutes. Cela concerne surtout l'autonomie dans les transferts et au repas. Les ergothérapeutes souhaiteraient y accorder plus de temps et ainsi pouvoir en aborder tous les aspects: autonomie dans les soins d'hygiène, les déplacements, les loisirs, la communication

Le maintien de l'autonomie est cité par seulement 50% des médecins qui sont davantage en demande sur la rééducation et l'entretien des capacités, qui constitue le versant plus analytique de notre pratique.

- **La formation du personnel :**

Elle est citée en seconde position par les médecins coordonnateurs, qui semblent très en attente de nos compétences dans ce domaine. 83% des ergothérapeutes mènent des actions de formation du personnel dans leur institution gériatrique. Elle est effectivement liée de manière incontournable à toutes nos interventions puisque celles-ci touchent directement le quotidien des résidents. Nous formons les aides soignants, AMP et agents de service hospitalier au suivi des installations au lit et au fauteuil, à la prévention de l'escarre et à la prévention des chutes, à l'ergonomie lors des soins et à l'accompagnement et l'aide apportée au résident lors de la toilette, du repas, des déplacements.

### **2.3.3.3 L'ergothérapeute au sein d'une équipe**

L'ergothérapeute est souvent le seul dans son EHPAD et l'enquête montre à quel point les collaborations avec l'ensemble des soignants sont très importantes, relativement au milieu hospitalier où les professions sont davantage individualisées. Il en découle notre participation aux différents projets, soulignée par les médecins coordonnateurs : projet de soin et projet de vie des résidents, ainsi que projet d'établissement. S'agissant d'un lieu de vie, toute l'équipe est concernée. L'entretien des capacités et la qualité de vie de la personne âgée dans l'institution est une affaire d'équipe.

### **2.3.4 Conclusion de l'enquête**

Les ergothérapeutes se sont bien intégrés au milieu institutionnel de l'EHPAD. Malgré un temps de travail souvent restreint, ils répondent aux besoins des institutions. Leur rôle de garant de l'autonomie de la personne âgée, de son confort

et de sa qualité de vie y est pleinement reconnu. Ils y tiennent également un rôle de conseil, d'accompagnement et de formation des équipes de plus en plus marqué. Aux vues de cette enquête, il reste cependant chez une partie des ergothérapeutes d'EHPAD un sentiment de manque d'identification de leur rôle par les équipes. L'enquête met en évidence l'importance d'une concertation entre l'ergothérapeute, son médecin coordonnateur et son directeur concernant son rôle dans l'institution; et bien que la fiche de poste soit bien entendu un élément nécessaire, elle ne sera réellement utile que si elle sert de support à cette concertation.

Après avoir examiné la personne, l'ergothérapeute propose les solutions techniques nécessaires : aménagement du mobilier, communication, habillage, hygiène...

-----

## **2.4 ACTE DE L'ERGOTHEPEUTE**

Avant de prendre un poste au sein d'une EHPAD, le rôle de l'ergothérapeute doit être bien cerné, bien identifié afin que l'ergothérapeute soit reconnu, bien intégré pour une meilleure optimisation de la prise en charge des personnes âgées.

En coordination avec l'équipe pluridisciplinaire et en collaboration étroite avec le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice, l'ergothérapeute est en charge de l'évaluation des capacités fonctionnelles des résidents.

L'ergothérapeute doit mettre en place des activités préventives et thérapeutiques afin d'améliorer la prise en charge des déficiences et/ou handicap de nature somatique et/ou psychique par des actes de rééducation et de réadaptation, de l'éducation et du conseil auprès du patient.

L'ergothérapeute, en tant que membre de l'équipe pluridisciplinaire, apporte des compétences spécifiques en ce qui concerne l'impact des déficits sur les rôles sociaux et les habitudes de vie d'un individu à l'intérieur de son environnement.

L'ergothérapeute propose des interventions axées sur le recouvrement d'une autonomie optimale afin que la personne puisse intégrer ou réintégrer ses rôles dans son milieu de vie.

### **2.4.1 Evaluation de l'autonomie et des capacités**

Comment l'ergothérapeute intervient-il pour faciliter l'intégration de la personne âgée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ?

La personne âgée, lorsqu'elle arrive dans une EHPAD, doit se « réadapter » à une structure qui est en bien des points différente de son domicile. Cette intégration va se faire sur 2 plans :

**- Sur le plan humain :**

Il faut que la personne âgée acquière un certain nombre de données relatives à l'établissement et à la vie en collectivité comme l'heure des repas, les lieux d'information, le programme d'animation. De même, le personnel doit faire en sorte de garder un maximum d'habitudes pouvant perdurer au sein de la structure : par exemple les habitudes alimentaires, vestimentaires et autres.

L'ergothérapeute est en mesure d'analyser les difficultés de la personne qui arrive en structure. Ce nouveau lieu entraîne la plupart du temps des angoisses liées à l'établissement en lui-même, autrement dit l'orientation spatiale, mais surtout à une réalité qu'est la perte des capacités permettant de rester à domicile avec tout ce que cela entraîne : sentiment de dévalorisation, d'inutilité, de charge pour les proches. L'ergothérapeute va donc, en collaboration avec l'équipe et en particulier avec le médecin coordonnateur et le psychologue, cibler les difficultés « prioritaires » afin d'y palier le plus rapidement possible. Une bonne prise en charge peut aider à réduire des troubles du comportement, à diminuer l'angoisse provoquée par la maladie, à diminuer les troubles du sommeil.

\* Par exemple si une personne est en fauteuil roulant et qu'elle peut se tenir debout quelques instants, l'objectif sera l'apprentissage des transferts et la manipulation du fauteuil. Ainsi, elle saura se déplacer en évitant les obstacles, elle saura comment placer son fauteuil pour telle ou telle situation et sera par exemple en mesure d'aller seule aux toilettes et ainsi d'éviter de sonner pour demander l'intervention de l'aide-soignante, ce qui, entre autre, procure une meilleure confiance en soi et permet de progresser dans l'intégration à la structure.

**- Sur le plan environnemental :**

L'environnement d'une EHPAD est déjà pensé et aménagé pour le plus grand

nombre, prenant en compte les incapacités les plus fréquentes de ses résidents. Néanmoins, des adaptations spécifiques doivent se mettre en place dès que le besoin s'en fait ressentir. La mise en place par exemple d'aides-mémoires, calendrier, pendule peuvent aider les personnes âgées.

\* L'ergothérapeute s'intéresse dans un premier temps à l'installation du résident aussi bien dans son lit que sur un fauteuil roulant (22) ou sur une simple chaise et aux différentes aides à la déambulation si besoin. Dans le lit et au fauteuil, l'ergothérapeute réalise à partir de blocs de mousse des adaptations sur mesure. Si un résident est hémiplégique, il aura un membre inférieur en rotation externe avec un risque important d'escarre talonnière : l'ergothérapeute confectionne alors une « botte » permettant de palier à la rotation et laissant le talon libre de tout point d'appui. L'ergothérapeute intervient également sur l'environnement en plaçant par exemple un rehausseur sur les toilettes ou une chaise devant le lavabo ; en vérifiant la bonne orientation de la chambre par rapport à la pathologie du résident. L'ergothérapeute propose le matériel le mieux adapté à la déambulation et ainsi favorise l'indépendance : par exemple un fauteuil roulant pour les grandes distances et un déambulateur pour la chambre. L'ergothérapeute intervient aussi sur l'environnement en mettant en place des repères d'orientation : orientation spatiale en accrochant un signe distinctif sur la porte de chambre d'un patient un peu désorienté. Orientation temporelle en affichant dans un endroit stratégique de la chambre des repères de temps : jour, date, mois, année ; ce afin de maintenir l'orientation temporelle le plus longtemps possible.

L'objectif de l'ergothérapeute est de retrouver ou de maintenir un niveau d'indépendance physique et/ou psychique afin que le résident se sente au mieux dans la structure qui l'accueille.

Les personnes âgées sont fragiles et il ne faut pas oublier les règles générales indispensables pour tous les actes de la vie quotidienne.

- « Ne pas faire à la place » de... mais « inciter ou aider à faire » afin de préserver les capacités restantes du patient et de favoriser son autonomie. Il faut laisser du

temps à la personne âgée, la personne âgée a souvent un rythme plus lent.

- Prendre son temps, resituer le soin dans la journée et s'adapter au rythme du patient. Les séances avec l'ergothérapeute doivent être courtes.
- Ne pas mettre en échec mais valoriser les efforts du patient et tous les progrès, même minimes.
- Privilégier le plaisir et faire de ces instants, des moments de complicité avec le patient. L'affectivité est à privilégier.

## **REHABILITATION DANS LES GESTES ET ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE**

La récupération de gestualité fonctionnelle peut aider les personnes âgées à augmenter leur autonomie. L'utilisation appropriée de nombreuses aides peuvent dynamiser les personnes âgées.

La ré autonomisation des personnes âgées est la base du travail des ergothérapeutes. La globalité de la personne est primordiale pour l'ergothérapeute.

Son rôle se situe au niveau des occupations quotidiennes ou habitudes de vie.

La réadaptation cognitive dans les activités quotidiennes ont pour objectifs de favoriser le maintien des capacités de participation aux activités de la vie quotidienne en stimulant les capacités cognitives restantes et de renforcer les stratégies compensatrices et les performances lors des activités de la vie quotidienne :

Pour la toilette : Donner à la personne âgée un peu désorientée des consignes claires en décomposant chaque action « prends ta brosse à dents, mets le dentifrice sur la brosse à dents, prends le rasoir... »

Il ne faut mettre en échec ou donner l'impression d'échec à ces personnes âgées.

Si cette technique est inefficace, en essayer une autre :

- utiliser des schémas fixés dans la salle de bain qui décomposent l'action

1. se déshabiller
2. Entrer dans la douche
3. Ouvrir le robinet
4. Se laver
5. Fermer le robinet

6. Sortir de la douche

7. S'essuyer.

Une image avec un bonhomme se lavant les dents, placée au dessus du lavabo lui rappellera de se brosser les dents.

Le côté plaisir à l'aide du parfum, de l'après rasage pour les hommes, du maquillage pour les femmes ne doit pas être oublié.

Si la personne ne peut plus se laver seule, un aide soignant ou une auxiliaire de vie doit lui donner une douche complète chaque semaine.

La répétition des gestes usuels est indispensable.

Pour l'habillage : Ranger les vêtements du patient toujours au même endroit et mettez des images correspondant au contenu des placards, armoires et tiroirs (chemise, sous vêtements...)

Privilégier des vêtements commodes à mettre. La disposition méthodique des affaires est importante pour que la personne âgée puisse mémoriser les emplacements.

Quand la maladie s'aggrave et si le patient présente des difficultés pour s'habiller, il peut être utile de lui présenter ses habits dans l'ordre dans lequel ils doivent être mis. Si possible, l'achat de vêtements pratiques, amples et faciles à enfiler doit être privilégié : chaussures avec attaches velcro par exemple.

Laissez faire tout ce que le patient peut faire seul et ensuite une aide pour terminer l'habillage est nécessaire. L'aide effectuée doit être réalisée avec une certaine méthodologie avec toujours à l'esprit la volonté de rééduquer la personne âgée.

L'objectif de l'ergothérapeute est de recréer des procédures connues dans le but de compenser les mémoires procédurales.

Pour l'incontinence : Elle est fréquente mais ses causes varient en fonction du stade de la maladie.

Adapter la prise en charge en fonction de l'évolution de la maladie.

- Si la personne âgée a du mal à trouver les toilettes, aidez-la à les repérer grâce à un dessin sur la porte.
- Si la personne présente des difficultés pour se déshabiller ou utiliser les toilettes, l'aidez avec des consignes verbales, écrites ou schématiques.
- Pour retarder la survenue de l'incontinence et le port de protections, proposez à la personne de se rendre aux toilettes toutes les 2 heures environ.
- La nuit, laissez une veilleuse allumée dans la chambre et dans les toilettes.
- En cas d'échec de ces mesures, pensez à l'utilisation d'un pistolet pendant la nuit si le patient est un homme ou d'une chaise percée dans la chambre.

## **ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT ET PRECONISATION D'AIDES TECHNIQUES**

La préconisation et l'entraînement à l'utilisation d'aides techniques ont pour objectifs d'améliorer les capacités fonctionnelles, la participation aux activités, la participation sociale, d'assurer la sécurité, réduire les troubles de la communication et les difficultés liées à la mémoire et prévenir l'apparition d'un syndrome de désadaptation posturale et motrice et entraîner le patient, son entourage familial et les professionnels à l'utilisation d'aides techniques.

### **LE POSITIONNEMENT**

Les objectifs du positionnement doivent intégrer les multiples répercussions possibles des déficits posturaux tant au niveau fonctionnel sur la capacité à réaliser des activités (repas, lecture, manipulation du fauteuil roulant etc...) que social (contact avec l'entourage familial et professionnel) que psychologique (estime de soi, dépression, souffrance morale) que physique (douleurs, confort, déformations ostéoarticulaires, escarres, difficultés respiratoires) [6,7,23,24].

La réadaptation de la mobilité et des transferts a pour objectif d'améliorer et maintenir les capacités fonctionnelles, de favoriser la participation aux activités, d'améliorer, et entretenir les schémas moteurs par des techniques de réactivation motrice, basée sur le concept d'ergomotricité.

La rééducation des amplitudes fonctionnelles et la coordination et la précision des gestes avec des exercices sur les préhensions et sur les gestes aident les personnes âgées dans leur quotidien.

Le travail de l'équilibre assis ou debout est important tant au niveau fonctionnel que dans la prévention des risques de chute. Cette mesure préventive est de prévenir les risques de chute et de développer les stratégies d'adaptation posturale et sécuritaire lors des activités de la vie quotidienne, pour ainsi favoriser la participation aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie sociale et d'éviter ainsi l'isolement.

Le positionnement des troubles posturaux assis et en décubitus a notamment comme objectif d'améliorer les capacités fonctionnelles, et d'aider à la prévention des escarres et des déformations orthopédiques et de réduire les complications liées au décubitus ou à la perte de mobilité.

La rééducation au niveau cognitif permettent de stimuler des capacités de mémorisation, des capacités d'orientation, des capacités de planification, des capacités d'initiative, des troubles praxiques, des troubles gnosiques, des troubles perceptifs, des troubles attentionnels.

Au niveau relationnel et psychique, la rééducation prend en compte l'estime de soi, la confiance en soi, la communication, la capacité à entrer en relation, des stratégies comportementales.

### **Activités :**

- Réalisation de bilans articulaires, fonctionnels et d'autonomie en évaluant les capacités et incapacités des patients
- Organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail pour permettre :
  1. La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;
  2. La rééducation de la sensori-motricité ;
  3. La rééducation des repères temporo-spatiaux ;
  4. L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;
  5. Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;

6. Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;
7. La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
8. Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
9. L'expression des conflits internes ;

### ***La gérontotechnologie***

La gérontechnologie consiste à créer des outils au service des personnes âgées et peut offrir une large palette technologique leur permettant de se déplacer, de communiquer, de se rassurer, de soulager l'entourage, d'éviter certains accidents, de prendre ses traitements...

La gérontechnologie va ainsi permettre de soulager les familles, sécuriser le domicile et aider les malades : lampe qui s'allume toute seule dès que le jour décline, visiophone pour rentrer en contact avec la personne âgée dès réception d'une alerte par l'équipe de téléassistance.

D'autres technologies en sont encore au stade de prototypes : déambulateur intelligent, aidant à se lever et compensant les pertes d'équilibre, distributeur de médicaments hebdomadaire, « capteurs de soif »...

«Sources Fondation Médéric Alzheimer mars 2008 »

### ***Luminothérapie : Effets de la lumière vive***

L'exposition de malades à une lumière vive pourrait améliorer les troubles du comportement et les troubles du sommeil.

### ***La kinésithérapie***

Elle favorise le maintien et l'amélioration de l'état physique du patient et permet de retarder les effets de la dépendance et des handicaps liés au vieillissement démentiel.

### ***La psychomotricité***

Elle utilise des techniques de médiation corporelle

## SNOEZELEN

Dominique Pique, Stéphanie Droumart, Tine De Vreese

Depuis les années 1990, le concept Snoezelen® se développe de plus en plus en France dans les établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie, et plus particulièrement dans les unités spécialisées Alzheimer en hôpital, maisons de retraite et en accueils de jour Alzheimer. Cette méthode peut s'appliquer également chez les personnes non démentes.

Cette méthode correspond à un mode de prise en charge original, utilisant la stimulation multisensorielle dans un environnement adapté que l'on nomme « l'espace Snoezelen ».

Elles peuvent se retrouver dans une salle, soit seul, soit en groupe, soit avec un membre de la famille ou dans un cadre thérapeutique.

Snoezelen": un autre monde", un monde sensoriel qui permet de mieux canaliser nos sens dans un état de bien-être, provoquant des émotions positives un désir de «fouiner» de«relaxer» par des réactions spontanées et non spontanées

Un concept qui doit permettre un meilleur accompagnement des résidents atteints notamment de la maladie d'alzheimer.

La stimulation sensorielle est très importante pour le mental des résidents des EHPAD. Tous les sens sont stimulés avec détente et relaxation.

L'ergothérapeute essaye dans cet espace snoezelen, de créer sa propre atmosphère, afin de stimuler tous les sens. Tous les résidents n'accrochent pas à cet espace car parfois ils sont énervés par le comportement d'un autre résident.

l'ergothérapeute doit connaître la personne âgée, doit axer l'intervention sur l'indépendance et le niveau de confort de la personne âgée.

Une expérience vécue dans une EHPAD où des ergothérapeutes ont relaté leurs vécus avec des exemples concrets :

- Une dame déprimée en soins palliatifs qui en se retrouvant pour la première fois dans l'espace s'y trouve paisible et souhaite y rester seule pour prier.

- Une personne qui faisait beaucoup de chant dans son jeune temps. Dans le secteur n'a jamais osé et dans le snoezelen en petit groupe, la dame s'est mise à chanter, danser...

- Fable de la Fontaine : tout le monde a commencé à réciter les fables.

- Un monsieur qui faisait beaucoup de bruit (taper sur sa tablette...), dans la pièce la tablette était retirée, au début il était agité puis s'est levé, s'est rassis...et le calme plein.

- C'est une patiente qui a besoin de tous les soins, dépendante pour se nourrir aussi se « repose » la journée dans un fauteuil multi-positionnel, ne reste pas en place, se tort dans son fauteuil, que nous sommes obligés de mettre une ceinture pour plus de sécurité, gémit et crie la journée, se détend très peu. Nous avons essayé le snoezelen, la résidente était couché dans la balancelle, tout s'est déroulé à merveille, plus d'agitation, elle avait retrouvé le calme, se reposait paisiblement, elle gardait un contact physique avec le thérapeute, car celle-ci lui massait les mains avec une huile décontractante. Lorsqu'elle est sortie du snoezelen et installée dans sa chambre, notre résidente a passé le reste de la journée sans agitation et sans cri ni pleurs, elle se reposait dans son fauteuil, toute calme, le snoezelen lui avait apporté un bien être.

- Une dame qui pendant toute la journée déambule dans les couloirs en gémissant. Elle est assez faible car il est difficile de la faire manger, nous sommes parfois obligés de « l'inviter » à s'asseoir car sa fatigue physique est telle, qu'elle est courbée en deux pour marcher et risque de tomber à tout moment. Quand on l'asseoit, elle s'agite et il est impossible de la maintenir très longtemps. Nous sommes allés au snoezelen avec cette dame ainsi qu'avec deux autres

personnes assez calme qui connaissaient déjà l'endroit. Nous nous sommes tous installé dans les fauteuils sauf la dame qui est resté debout et qui a regardé tous les objets de la pièce : les peluches, les lumières, les miroirs.... . Elle a refait plusieurs fois le même trajet en touchant à chaque fois les objets et ses gémissements se sont fait plus calme. Pendant ce temps là, nous lui parlions et elle est venue s'asseoir près de nous. Elle est rester un bon quart d'heure, calme, détendue donnant la main à écouter la musique, et converser. Elle est donc sortie du snoezelen, calme et reposée physiquement

Les personnes âgées sont arrivées à se relaxer, et une diminution des comportements maladaptifs dans la salle était observée.

[La méthode Snoezelen®: Accompagner autrement les malades Alzheimer](http://alzheimer.suite101.fr/article.cfm/la_methode_snoezelen#ixzz12Pf0SAfl)

### ***le multimédia pourrait-il devenir outil thérapeutique***

Vidéo-projecteurs, Internet et consoles de jeux (console de jeux Wii de Nintendo®).  
Wii à la rééducation par le jeu !

Voici donc une innovation multimédia détournée de son objet premier par les ergothérapeutes selon Mathieu Rached, chroniqueur sur le site Internet [www.ecrans.fr](http://www.ecrans.fr) (Libération).

On parle déjà de Wii-thérapie, et de Wii-rééducation outre-atlantique et outre-manche et celle-ci fait même l'objet de recherches cliniques.

En attendant, de plus en plus d'établissements s'équipent désormais de cette console. La diversité des jeux offre un aspect attrayant, mais on s'intéressera de plus près aux fonctions sollicitées : équilibre, coordination manuelle, force motrice, coordination oculomanuelle, stimulation cognitive... Par ailleurs, ce support suscite de la curiosité chez nos aînés et présente un intérêt « social » car il crée du lien entre résidents, mais aussi entre générations. « Quel plaisir pour eux de savoir qu'ils peuvent découvrir les jeux que manipulent leurs enfants ou petits enfants ». Dans cet établissement une réelle dynamique s'est mise en place : « Les personnes se

prennent au jeu et reviennent chaque semaine un peu plus motivées pour s'affronter à d'autres résidents. La présence de plusieurs équipes crée une émulation et là aussi tout le monde y trouve son compte. « Qui veut gagner des millions » a fait des adeptes avec un fonctionnement par équipe » témoigne Isabelle, ergothérapeute.

« La projection sur grand écran, dans une salle spacieuse donne presque corps au sport pratiqué et le réalisme aide sans doute à donner de l'intérêt à ces activités ». Les mouvements à réaliser restent simples et ne demandent pas la même précision que dans la réalité, les notions de force, d'amplitude, de dextérité sont modifiées mais pour des personnes moins toniques et parfois plus ralenties, des jeux communs (bowling, tennis) deviennent ainsi accessibles. « Je fais des activités de groupe et nous utilisons la Wii dans une EHPAD notamment les sports et « Cérébrale Académie ». Chacun peut participer oralement. L'intérêt réside dans la manipulation de la manette qui s'avère moins complexe que pour d'autres consoles de jeux. Pour habituer les résidents à la manipulation de la manette Wii (Wiimote), le jeu de bowling en mode entraînement semble le mieux adapté, mais j'utilise également le jeu « Cérébrale Académie en mode « stretching » et je choisis des exercices simples, par exemple : crever les ballons dans l'ordre croissant. Pour le reste lorsque les résidents n'arrivent pas à diriger la manette, je manipule selon leurs réponses. C'est un support comme un autre pour stimuler la mémoire, cependant les résidents l'apprécient. L'utilisation d'un écran de télé de grande dimension ou d'un vidéo projecteur permet d'intégrer des résidents malvoyants à l'activité. »

Pourtant « certains d'entre eux, intéressés par l'aspect "nouveau" de cette activité se sont vite lassés et repartaient rapidement de la pièce ... » a constaté une ergothérapeute. Il est vrai qu'une approche particulière est nécessaire pour les familiariser avec cet outil, qui malgré tout demande un temps d'adaptation et de prise en main... Parfois, cet apprentissage peut décourager les personnes : « Nous avons une installation avec écran et vidéo projecteur relié à la console que nous avons eu pour un essai de 10 jours au sein de notre EHPAD. Les jeux fournis nous ont permis d'essayer « Wii sport », « Wii Fit », « Cérébrale Académie » et « Qui veut gagner des Millions ». Seulement, nous n'avons pas trouvé cet essai très concluant : difficulté pour les résidents à comprendre le fonctionnement et lenteur d'exécution ont vraiment gêné l'investissement pour cette activité »

La Wii est entrée également dans des centres pour enfants et adultes. Parmi la montagne d'articles sur le sujet, on peut lire aussi que la console a même été utilisée pour rééduquer des personnes atteintes de brûlures.

Les bénéfices de la Wii sont multiples :

- ▶ sur le plan physique : s'amuser en faisant des exercices physiques et de coordination adaptés à leurs capacités ;
- ▶ sur le plan cognitif : stimuler leur mémoire, leur logique, leurs capacités cognitives avec le programme « Cérébrale académie » ;
- ▶ sur le plan social : permettre des jeux en équipe ou individuels, dans un partenariat d'apprentissage avec des jeunes ;
- ▶ sur le plan psychologique : estime de soi et bonheur de jeunesse retrouvés.

Mais encore...

L'utilisation d'autres supports multimédia se développe au sein des structures médico-sociales. Dans certains établissements, l'ergothérapeute a également mis en place un atelier de communication par Internet. « Certains résidents dont les enfants résident loin d'eux voire même à l'étranger, sont très contents de pouvoir dialoguer en direct avec eux par Webcam interposée. Une personne âgée peut être stimulée en voyant et en discutant avec un membre de sa famille par ce système cela lui permet de la voir sur l'écran et parler avec elle comme si elle était près de lui.

L'hygiène bucco-dentaire dans les institutions est un sujet de préoccupation car le niveau d'hygiène reste dans la plupart des cas assez bas.

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut être à l'origine du développement de lésions dentaires et parodontales, et peuvent être impliqués dans des maladies systémiques telles que le diabète. Pour le patient, un état bucco-dentaire dégradé a une influence sur le confort buccal, la nutrition et peut diminuer les contacts sociaux touchant de ce fait à la qualité de vie. Dans le cadre gériatrique, l'orientation se fait surtout sur les activités de la vie quotidienne (habillement, douche, activités de loisirs, exercices de mémoire) et l'entraînement de celles-ci afin de maintenir l'indépendance des personnes âgées dans l'exécution de ces gestes simples mais cruciaux pour le bon déroulement de la vie quotidienne.

L'ergothérapeute entreprend un bilan de brossage.

**Les résultats sont très encourageants et indiquent qu'une prise en charge du brossage par une ergothérapeute semble être un moyen adéquat pour le contrôle et le maintien d'une hygiène bucco-dentaire et ce particulièrement pour les personnes présentant des difficultés cognitives ou un état de dépendance débutant.**

**CONCLUSION :**

L'ergothérapie n'en est qu'à ses balbutiements. L'ergothérapie joue un rôle important de plus en plus dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

**Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG)**  
[www.afeg.asso.fr](http://www.afeg.asso.fr)

Sources

Génération Nouvelles Technologies (2008). La Wii utilisée pour rééduquer les victimes de brûlures, disponible sur <http://www.generation-nt.com/wii-traitement-reeducation-brulures-blessures-actualite-68832.html>

Hynaux I. (2008). Le monde de l'ergothérapie, n° 7, Editions SOLAL, pp. 31-34

InformationHospitalière.com (2008). Les ergothérapeutes utilisent le jeu Wii dans une étude sur le Parkinson, disponible sur [www.informationhospitaliere.com/actualite-11634-ergotherapeutes-jeu-wii-etude-parkinson.html](http://www.informationhospitaliere.com/actualite-11634-ergotherapeutes-jeu-wii-etude-parkinson.html)

L'atelier BNP Paribas (2008). La Wii Fit est une thérapie de rééducation comme les autres, disponible sur [www.atelier.fr/sante/10/06062008/wii-therapie-hopital-36656-.html](http://www.atelier.fr/sante/10/06062008/wii-therapie-hopital-36656-.html)

Rached M. (2008). Wii à la rééducation par le sport, Les écrans (Libération) disponible sur <http://www.ecrans.fr/Wii-a-la-reeducation-par-le-sport,4018.html>

Reportage sur la console Wii dans un établissements pour personnes âgées de l'Hérault, disponible sur [http://www.dailymotion.com/video/x4o3ro\\_six-reportage-wii\\_videogames](http://www.dailymotion.com/video/x4o3ro_six-reportage-wii_videogames)

Rialle V. (2007). « Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gériatologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille », disponible sur <http://www.cgti.org/rapports/rapports-2007/rapport-Rialle.pdf>

*Pancrazi MP, Métais P. Vivre avec un proche atteint d'Alzheimer. InterEditions, Paris, 2004*

*Jean A. Guide pratique de la maladie d'Alzheimer à l'usage du personnel soignant. Editions scientifiques L&C, 2003.*

*Association France Alzheimer et maladies apparentées. Alzheimer : la vie au quotidien. [www.francealzheimer.com](http://www.francealzheimer.com).*

*Pariel-Madjlessi S, Larcher V et al. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer : approches non médicamenteuses. La Revue de Gériatrie 2003 ; 28(suppl A) : A14-A17.*

**6** Engström B. Ergonomics, wheelchairs and positioning: A book of principles based on experience from the field. Hässelby, Suède : Posturalis; 1993.

**7** Fuchs RH, Gromak PA. Wheelchair use by residents of nursing homes: effectiveness in meeting positioning and mobility needs. Assist Technol. 2003;15(2):151-63

**23** Reid DT. Impact of wheeled seated mobility devices on adult users and caregivers occupational performance : a critical literature review. Can J Occup Ther. 2002;69(5):261-80

**24** Shaw G, Taylor SJ. A survey of wheelchair seating problems of the institutionalized elderly. Assist Technol. 1991;3(1):5-10

**22** Reid DT. Critical review of the research literature of seating interventions : a focus on adults with mobility impairments. Assist technol. 2002;14(2):118-29