

FICHE DE PRÉSENTATION DE L'ERGOTHÉRAPIE

Les origines de l'ergothérapie

L'ergothérapie (Occupational Therapy) trouve ses origines en Europe (principalement en lien avec la psychiatrie et dans une moindre mesure avec la rééducation de l'appareil locomoteur) dès la fin du 18ème siècle dans les travaux du psychiatre français Pinel et du chirurgien du roi Tissot, qui traitent de l'intérêt du travail comme traitement.

Mais c'est dans les pays anglo-saxons que l'exercice professionnel et les premières formations d'Occupational Therapy (OT) se mettent en place (1917 Etats-Unis).

En France la rééducation fait son apparition et se développe, dans un modèle de collectivité, avec la 1ère guerre mondiale par le biais d'activités visant le retour à un travail pour les invalides militaires tandis que la réadaptation prend plus largement son essor dans les suites de la 2nde guerre mondiale. Elle a pour but de permettre à la personne atteinte d'un handicap, quel qu'il soit, de parvenir au meilleur fonctionnement possible dans la réalisation de ses activités quotidiennes.

En 1954 les deux premières écoles françaises d'ergothérapie voient le jour. Le diplôme d'état est reconnu en 1970, époque où le modèle biomédical est prégnant.

A la même période émerge le concept de handicap et avec lui la prise en compte progressive du contexte environnemental et social de la personne comme facteurs de santé (loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975). L'OMS adopte et diffuse, dans les années 1980, la Classification Internationale des Handicaps de Wood (CIH) basée sur le lien entre déficience- incapacité et désavantage ; puis, à la fin des années 80 apparaît le concept des habitudes de vie.

Début des années 90, le Processus de Production du Handicap (PPH de FOUGEYROLLAS) intègre la dimension des facteurs environnementaux et leur action facilitatrice ou d'obstacle lors d'interactions avec les facteurs personnels (déficiences, incapacités).

Le Modèle d'Occupation Humaine (MOH de Kielhofner et coll 2004) est le premier à s'intéresser à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie.

L'ergothérapeute rééduque et réadapte en agissant sur les liens étroits entre la personne, l'activité et l'environnement dans lequel celle-ci est réalisée.

L'évolution de la profession est étroitement liée aux différents modèles conceptuels qui ont en commun l'approche systémique de l'individu.

Comment définir l'ergothérapie (Occupational therapy) ?

L'OMS définit l'ergothérapeute comme un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il fonde sa pratique sur l'analyse des activités significatives et significatives de la personne en tenant compte de ses habitudes de vie. Il tend à accompagner la personne dans son autonomie et son indépendance, au sein de son propre environnement humain et matériel. L'ergothérapie, est une thérapie Par l'activité (Ergon en grec) mais également Pour l'activité.

Elle s'adresse à toute personne, ou groupe de personnes, de tous âges, présentant une déficience physique, psychique, cognitive, sensorielle et même sociale avec un objectif de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation psycho-sociale, d'intégration scolaire et professionnelle ou de conseil en aménagement de l'environnement.

L'ergothérapeute intervient dans des lieux très diversifiés : établissements de santé, établissements médico-sociaux, centres pénitentiaires, collectivités territoriales, structures d'évaluation et de conseil, fabricants et distributeurs de matériel, associations, libéral, ...ainsi qu'en milieu ordinaire de vie : domicile, milieux scolaire et professionnel. C'est un professionnel du domaine sanitaire, médico-social et social.

Ergothérapie et douleur chronique

L'ergothérapeute peut agir sur la fonction déficiente (sensibilité, mobilité fonctionnelle, dextérité...) via le modèle bio médical, mais dans une approche holistique il a recours au modèle biopsychosocial. Associé aux TCC il dispose alors de moyens plus complets pour accompagner le patient dans son cheminement occupationnel (sens anglo-saxon du terme). Le patient exprime le désir de voir disparaître sa douleur alors que l'ergothérapeute explique qu'il va davantage centrer sa démarche sur sa personne, ses activités et l'environnement dans lequel il les réalise, l'objectif étant d'améliorer ses capacités occupationnelles tout en stabilisant sa douleur.

Au cours de l'entretien semi directif les événements de vie, centres d'intérêt, habitudes de vie, projets... sont interrogés ; il permet de faire émerger des émotions, valeurs, croyances et représentations déterminant des ressources et enjeux sur lesquels s'appuyer, mais également les freins au changement. Parallèlement sont mises en évidence les situations de handicap que le patient rencontre dans son quotidien. Il est amené à sélectionner les activités concrètes et significatives pour lui qui constitueront ses objectifs et le fil directeur de sa réadaptation en ergothérapie dans laquelle il est indispensable qu'il s'engage.

De nombreux moyens de gestion de la douleur sont interdisciplinaires et d'autant plus efficaces qu'ils sont relayés par un discours et un langage commun à tous les professionnels engagés dans la prise en charge (TCC, relaxation, hypnose, moyens antalgiques, ETP, gestion de l'activité...).

La gestion de la douleur étant indissociable de la gestion de l'activité, il convient de l'aborder sous ses aspects matériels (choix de l'installation...), corporels (capacités physiques en adéquation avec l'activité...), comportementaux (fractionnement de l'activité...) et organisationnels (anticipation...).

L'ergothérapeute part des connaissances du patient selon les principes de l'ETP. Initialement par le biais de séances de groupe, la mise en évidence des fonctionnements de chacun permet de porter un regard sur sa façon de fonctionner et d'agir dans son quotidien. C'est alors que les mises en situations répétées, théoriques mais surtout écologiques donnent la possibilité de développer petit à petit des stratégies, de s'approprier de nouveaux processus et d'opérer des choix d'organisation et fonctionnement. L'exposition à l'activité par le biais de la mise en situation permet de mettre en lumière les freins à la mise en place de celle-ci au domicile : limitation liée à la déficience? A l'incapacité ? A l'environnement ? A ses propres représentations ? A la notion de séquelles ?

Le mode d'hospitalisation (de semaine) permet au patient de se confronter à son quotidien lors de week-end thérapeutiques. Confronté à ses habitudes de vie au domicile, il analyse et remet en question son mode de fonctionnement. L'ergothérapeute l'accompagne dans sa réflexion et le transfère des acquis du lieu de réadaptation vers le lieu de vie : identification des situations problématiques ? Quel est le fonctionnement actuel ? Quelles sont les difficultés ? Quelles solutions existent ? Que nécessite leur mise en œuvre (capacité, organisation, adaptation....)? est-il prêt à s'engager dans ce processus ?

En somme, l'ergothérapeute accompagne le patient à gommer les situations de handicap rencontrées par l'analyse de ses activités et l'automatisation des moyens de gestion de la douleur et de l'activité.

La profession

Elle est en plein développement et 15 nouveaux Instituts de Formation en Ergothérapie ont vu le jour au cours des 10 dernières années (actuellement au nombre de 25) avec deux fois plus d'étudiants formés entre 2010 et 2016.

L'ergothérapie (Occupational Therapy) est réglementée par le Code de la Santé Publique (L4331-1 et R4331-1) et à ce titre le professionnel agit sur prescription médicale.

Son expertise est validée par trois années d'études dont le programme a été fixé par l'arrêté du 5 juillet 2010 et annexes du Ministère de l'Enseignement Supérieur. La formation, inscrite dans le système universitaire Licence-Master-Doctorat (LMD) fait suite à la réingénierie du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute reconnu au grade de licence (soit Bac+3).

La grande majorité des ergothérapeutes exerce en tant que salariés en institutions, au sein d'équipes interdisciplinaires dans le secteur médico-social ; environ 15% exercent en libéral, entreprises, ou structures intermédiaires.

Référentiel Compétences- annexe 2 arrêté 5 juillet 2010

1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

Auteures : Anne HAUVILLER

Hélène HAVIN