

# Réussir l'adaptation des logements grâce à l'ergothérapie

## Introduction : la profession d'ergothérapeute

L'ergothérapie (*Occupational Therapy*) est une profession de santé centrée sur la personne, s'occupant 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* »<sup>1</sup>.

## But de la prise de position

L'Association Nationale Française de Ergothérapeutes (ANFE) est engagée et impliquée dans la mise en œuvre des politiques de Santé au service de la population. Les ergothérapeutes sont des acteurs de premières lignes dans l'ensemble du processus d'aménagement du logement et d'attribution des aides techniques de compensation. La reconnaissance de leur expertise au sein du parcours du patient doit désormais être traduite et appliquée dans le système de droit commun pour que la population puisse bénéficier de leur savoir-faire. L'ANFE émet des propositions concrètes, s'appuyant sur la littérature nationale et internationale et les compétences spécifiques des ergothérapeutes, afin de garantir une évaluation, une préconisation et un suivi de qualité lors de l'aménagement du logement et de l'habitat, mais également de lors l'attribution des aides techniques.

---

<sup>1</sup> Arrêté du 5 juillet 2010 – Référentiel d'activités des ergothérapeutes

## L'ergothérapie

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 afin d'évaluer ses limitations d'activités. **L'aménagement de l'environnement**, en complément d'autres modalités d'intervention (rééducation, préconisations d'aides techniques...), permet de **préserver ou d'améliorer la participation des personnes dans leurs activités quotidiennes, de faciliter l'intervention des aidants et de prévenir certains risques (chutes, perte d'autonomie, isolement social...)**. L'ergothérapeute va tout mettre en œuvre afin que la personne 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, en aides humaines et animalières. L'environnement humain et matériel influence de manière significative l'autonomie par son aspect facilitateur ou inhibiteur.** Un accompagnement en conseils, en éducation thérapeutique, auprès du patient mais également de l'aidant est souvent nécessaire et souhaitable afin de transmettre les gestes adaptés, les bonnes attitudes à adopter et qu'il les fasse siennes.

## Prestation d'évaluation du lieu de vie par un ergothérapeute

La question de l'adaptation de l'habitat n'est pas qu'une question purement technique ni celle d'un accompagnement purement social. Aborder la question de l'environnement renvoie à la question du sens de l'environnement pour la personne et son histoire de vie (sa symbolique), à la question de savoir ce que l'on y fait (usage des lieux) et la question des utilisateurs du lieu : la personne (avec ses éventuelles déficiences), sa famille et ses aidants. Ces dimensions étant intimement liées, on voit alors qu'il est important d'avoir une approche multidimensionnelle et systémique du problème, chacune des dimensions interagissant avec les autres.

L'ergothérapeute, par sa formation, porte un regard d'expert sur l'accessibilité et les fonctionnalités de l'habitation par rapport à l'état de dépendance et d'autonomie de la personne qui y réside sur la base de son projet de vie. C'est donc un gage d'efficacité. Le fondement même de son intervention est la prise en compte de l'ensemble du contexte de vie de la personne. L'évaluation multidimensionnelle de l'ergothérapeute permet une approche systémique et holistique de la personne. Son intervention au domicile de la personne permet, le temps d'une visite, de croiser les habitudes de vie, les capacités fonctionnelles et les fragilités, les souhaits et attentes propres à chacun et l'environnement social et architectural dans lequel évolue celle-ci.

L'ergothérapeute, en qualité de professionnel de santé, a une connaissance clinique du vieillissement. Ceci lui permet de graduer les préconisations selon les risques perçus ou vécus, selon l'entourage, de proposer des solutions évolutives ou alternatives, de proposer des solutions avec le design universel pour une offre accessible au plus grand nombre, sans délaisser certains.

Le diagnostic ergothérapique du domicile se justifie tant pour des personnes en situation de handicap installé (personnes GIR 1 à 4) que dans le cadre d'une démarche de prévention (personnes GIR 5 et 6) :

1. Lors de déficience installée : L'ergothérapeute prend en compte les évolutions des déficiences (maladies évolutives par exemple) et proposera des adaptations permettant de favoriser au maximum l'autonomie de la personne, sa sécurité, ou de faciliter le travail de ses aidants.
2. En prévention : L'ergothérapeute est formé à l'éducation pour la santé impliquant des connaissances techniques, d'entretien, de modification des habitudes de vie et d'accompagnement au changement. C'est pourquoi, une intervention préventive faite par un ergothérapeute apporte ainsi les bénéfices suivants :
  - Détecter des situations potentielles à risque immédiat ou ultérieur : l'ergothérapeute est à même de détecter dans les signes montrés ou dans le discours ce qui constitue ou constituera un danger ou une entrave à son autonomie.
  - Faire prendre conscience aux personnes des notions de risques et de difficultés par des mises en situation contrôlées.
  - Proposer des interventions et conseils sur différents niveaux permettant une approche douce et "acceptable" : modifier ses habitudes de vie, propositions de compensation gestuelles négociées et acceptées par la personne, choix d'aides techniques ciblées, intervention sur le bâti, proposition d'accompagnement...
  - Hiérarchisation des priorités et des préconisations en fonction des situations permettant de compenser progressivement les impacts du vieillissement sur le quotidien. Ainsi, les travaux entrepris dans une 1ère tranche seront compatibles avec d'éventuels travaux futurs que nécessiterait une aggravation des difficultés.

Concrètement, dans le cadre de l'adaptation d'un logement, l'ergothérapeute intervenant au domicile sera amené à réaliser :

1. Un recueil d'informations concernant la personne : identification du projet de vie (souhaits et attentes), évaluation des besoins et des capacités fonctionnelles et cognitives de la personne (capacités motrices, sensorielles, cognitives, mentales...), habitudes de vie, entourage.
2. Un relevé d'informations du lieu de vie (logement et parties communes) : relevé métrique, croquis, photo, relevé d'usage des lieux (lieux signifiants).
3. Des préconisations sur les 5 niveaux en tenant compte également des souhaits et attentes :

- habitudes de vie ;
- compensations gestuelles ;
- aides techniques et assistances technologiques ;
- intervention sur le bâti ;
- accompagnement humain.

Recherche de l'efficacité maximum en articulant les 5 niveaux de préconisation permettant d'individualiser la réponse et d'ajuster les interventions les plus conséquentes aux besoins réels et à leur évolution potentielle.

4. Un rapport de préconisation précisant les caractéristiques techniques des moyens à mettre en œuvre, orientation sur le réseau, accès aux financements... Ce rapport argumente pour aider aux choix éclairés de la personne et justifier des moyens mis en œuvre auprès des financeurs.

## Accompagnement des modifications du lieu de vie par un ergothérapeute

La prestation d'évaluation décrite ci-dessus en 4 points, est indivisible et constitue le socle de base de l'intervention d'un ergothérapeute pour l'évaluation du lieu de vie. Suivant les situations et les types d'accompagnement, celle-ci peut être complétée avantageusement par des interventions additionnelles ci-dessous.

	Nature de la prestation	Mode opératoire	Temps estimé
<b>Socle de base</b>	Intervention de base évaluation des besoins et des capacités fonctionnelles de la personne sur l'ensemble de son logement et parties communes (préconisations)	Intervention au domicile de la personne. Un technicien pourra rejoindre sur la 2 <sup>ème</sup> partie du rendez-vous pour les aspects techniques	2h environ au domicile (temps de rédaction du rapport de préconisations en plus)
<b>Prestations supplémentaires</b>	Accompagnement sur l'essai de matériel	Intervention au domicile de la personne avec des aides techniques	2h environ en fonction des besoins
	Avis sur les devis	Intervention téléphonique/mail à distance	30 minutes
	Visite avant travaux	Intervention à domicile de validation avec l'artisan ou les artisans qui reprécise la faisabilité technique qui ne fait pas partie des compétences des ergothérapeutes (la coordination entre tous les devis n'est pas automatique), le délai d'obtention des financements (6 à 8 mois après le déclenchement)	1h
	Visite de "conformité ergothérapique" à la réception des travaux	Intervention à domicile	1 heure
	Guidance famille et guidance des aidants professionnels	A domicile avec l'entourage et la personne	3 à 5 séances
	Adaptation logement dans le cadre d'AMO	Sur devis	
	Etablissement du plan d'aide		
	Formations artisans/professionnels	Sur devis	
	Entraînement à l'usage des aides et des différents niveaux de compensation	A domicile avec la personne	3 à 5 séances

	<p>Actions de coordination et de prévention individuelle et collective :</p>	<p>bilan des fragilités, aménagements du logement, conseils en aide technique, relais avec les services appropriés, éducation thérapeutique des aidants, mise en place d'activités sociale et physiques adaptées, aides humaines, atelier de prévention. Travail en lien étroit avec les libéraux et les services du secteur (réseau géronto, accueil de jour, ESA, assoc à domicile, PAPH...)</p>	<p>réunion</p>
	<p>Coordination avec le réseau</p>		

**Illustration :**

*Madame A, 65 ans, pèse 140 kg, son bailleur public vient de faire la réhabilitation de l'immeuble et lui a installé une douche de 70 cm de large par 150 cm de long (marche de 18 cm) avec des portes coulissantes laissant un passage de 59 cm (prix de l'aménagement < 4000€ au minimum). C'est neuf mais Madame A ne peut pas se servir de sa douche ! Une ergothérapeute fait l'évaluation et préconise un receveur de 90 cm x 150 cm, marche de 12 cm maximum, avec une paroi mi-hauteur, 4 panneaux repliables pour disposer de toute la largeur de passage (environ 130 cm) pour entrer dans la douche (rideau de douche). Estimation du coût des nouveaux travaux à 4000€ au bas mot. Pour une même salle de bain la somme est donc dépensée 2 fois au minimum.*

*Si le bailleur a perçu un financement pour ces travaux mais que personne ne valide l'efficience du dispositif, comment enrayer le gaspillage des fonds publics ?*

*Pour une Madame A qui a eu la chance d'avoir accès à une prestation d'ergothérapeute combien de Madame A n'en verront pas et ne pourront jamais utiliser leur douche sans prendre de risques majeurs ?*

## Interventions remarquées impliquant des ergothérapeutes

Aujourd'hui, les ergothérapeutes interviennent au sein des MDPH pour l'adaptation du domicile des personnes de moins de 60 ans. Ils interviennent également pour les personnes de plus de 60 ans, à la demande des collectivités locales ou d'instances nationales.

Exemples :

- Les fédérations AGIRC-ARRCO font confiance à l'ergothérapie dans le maintien en santé de leurs allocataires de plus de 75 ans par la mise en place de la prestation « bien chez moi ». Sur les visites réalisées dans les régions pilotes, 80% des conseils donnés par les ergothérapeutes ont été suivis 4 mois plus tard, selon un premier bilan du programme.
- Le dispositif PAERPA a été expérimenté dans plusieurs territoires. Il a notamment permis de financer des interventions au domicile d'ergothérapeutes libéraux afin de réaliser un diagnostic et de faire des préconisations d'aménagement du logement à visée de prévention. Les résultats de ces expérimentations montrent les effets positifs de l'intervention d'ergothérapeutes.
- La ville de Cannes propose un pack domotique pour le maintien à domicile des personnes âgées après la visite d'un ergothérapeute.
- Le conseil général du Nord a mis en place une aide à l'aménagement du logement conditionné par un rapport d'ergothérapeute.
- A l'instar de plusieurs autres mutuelles, la MACSF intègre une 1ère visite d'ergothérapeute dans sa complémentaire santé pour l'aide aux aidants. D'autres mutuelles ont depuis suivi l'exemple.
- Certains bailleurs font intervenir un ergothérapeute pour leur patrimoine le plus ancien notamment auprès des personnes âgées avec ou sans handicap.

## De nombreux travaux menés en France sur le sujet ces dernières années

Au cours des dix dernières années, le sujet de l'évaluation et de l'adaptation de l'environnement a été au cœur de la préoccupation des ergothérapeutes en France. L'ANFE et ses partenaires ont contribué à de nombreux travaux sur le sujet :

- 2008 : Recherche Action SADEER Réunica : Optimiser l'adéquation entre le domicile et la personne âgée afin de lui permettre de continuer à y vivre dans de bonnes conditions
- 2009 : Participation au Plan ministériel « Vivre Chez Soi »
- 2009 : Semaine nationale de l'ergothérapie sur le « bien vieillir » et le soutien à domicile
- 2010 : Sensibilisation des personnes âgées sur la nécessité d'adapter son domicile via les aidants professionnels ANFE / ANSP
- 2010-2018 : Expérimentation AGIRC ARRCO / ANFE du diagnostic Bien chez moi
- 2011 : Campagne de prévention contre les chutes à domicile ANFE / SYNALAM
- 2011 : Création du label Handibat ANFE / CAPEB
- 2013 : Participation à la rédaction du rapport Broussy sur l'adaptation de la société au vieillissement de sa population
- 2013 : Audition lors de la rédaction du rapport de l'ANAH et de la CNAV sur l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées
- 2015 : Participation aux dispositifs PAERPA sur le volet prévention des risques liés à l'habitat inadapté
- 2015 : Participation à l'élaboration du volet autonomie du diagnostic habitat mis en place par la CNAV et l'ANAH
- 2016 : Edition de l'ouvrage « Agir sur l'environnement pour permettre les activités » aux éditions De Boeck
- 2016-2018 : Actions de prévention des risques liés à l'habitat dans le cadre de la conférence des financeurs
- 2016 : enquête CREEDAT (Centre Régional d'Ergothérapeutes : Études, Diagnostics, Adaptations, Techniques)
- 2019 : Audition dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie
- 2020 : Audition dans le cadre de la mission Denormandie sur les aides techniques



## Quels axes d'amélioration préconiser dans le cadre du projet de Loi ?

L'inégalité de traitement sur le territoire et le manque de lisibilité due à la multiplicité des acteurs impliqués dans l'évaluation, l'attribution des aides et l'accompagnement à domicile sont aujourd'hui dénoncés.

1. Systématiser l'évaluation ergothérapique des lieux de vie pour l'octroi des aides financières de l'ANAH et de la CARSAT, quel que soit le GIR.
2. Garantir à l'avenir la qualité et l'uniformité des évaluations faites par les Conseils Départementaux en direction des personnes âgées (APA notamment) comme des personnes en situation de handicap, en systématisant le recours à une évaluation faite par un ergothérapeute diplômé d'Etat, dont c'est la compétence.
3. Augmenter progressivement le nombre d'ergothérapeutes parmi les évaluateurs de la CARSAT dans le cadre de la prévention, de façon à proposer une évaluation personnalisée, permettant d'optimiser la prévention des chutes et le dépistage des fragilités.
4. Nommer précisément la profession dans les textes concernant les futurs dispositifs pour flécher les moyens, comme cela se pratique pour d'autres corps professionnels.
5. Articuler les rôles des différents acteurs présents dans les dispositifs déjà existants dans le respect des compétences et limites professionnelles de chacun
6. Ouvrir le droit de prescription des aides techniques aux ergothérapeutes, comme préconisé notamment dans le récent rapport Denormandie (2020)
7. Faire participer les ergothérapeutes dans la formation des intervenants à domicile (conseillers en éducation sociale et familiale, opérateurs habitat, architectes et techniciens du bâtiment) afin de mettre en évidence la complexité du diagnostic global de l'habitat chez une personne âgée, de faciliter la compréhension et la mise en œuvre des préconisations réalisées, et de favoriser la collaboration entre partenaires.
8. Développer un modèle économique et simplifier le financement pour les travaux et aides techniques permettant le recours à l'ergothérapie en préventif comme en curatif pour un diagnostic d'aménagement du logement similaire au dégrèvement TFPB, afin de ne pas pénaliser une tranche personnes locataires du parc public (aide aux financements des bailleurs...).

## ANNEXES

<b>1. Présentation de la profession .....</b>	<b>11</b>
1.1. L’ergothérapie .....	11
1.2. Le référentiel d’activité .....	12
1.3. Démographie.....	13
1.4. Secteurs d’activité .....	16
1.5. La formation .....	17
1.5.1. L’appareil de formation .....	17
1.5.2. Le référentiel de formation .....	18
1.6. La qualité d’exercice.....	19
<b>2. Les ergothérapeutes : seul professionnel de santé identifiés par les acteurs de l’adaptation de l’environnement .....</b>	<b>20</b>
<b>3. Ergothérapie et aménagement du logement : données probantes .....</b>	<b>21</b>
3.1. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé confirment le rôle majeur des ergothérapeutes dans l’adaptation de l’environnement .....	21
3.2. Données probantes.....	22
<b>Bibliographie .....</b>	<b>25</b>

## 1. Présentation de la profession

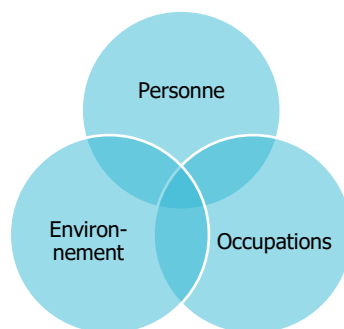
### 1.1. L'ergothérapie

L'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un professionnel des champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, rééducateurs, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'inclusion sociale des personnes.

Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions, d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.

### Diagnostic

L'ergothérapeute évalue l'engagement, la participation et la performance de la personne dans ses activités. Il est formé à l'examen des effets physiques (moteurs et sensoriels), mentaux, cognitifs et psychosociaux, d'un accident, d'une maladie, de l'avancée en âge ou d'une problématique sociale sur les occupations. En cela, il analyse l'interaction de ces paramètres avec l'exigence des activités, les facteurs environnementaux et personnels.



Ceux-ci influencent l'adaptation et la capacité de réengagement de la personne dans l'activité, ainsi que la participation sociale.

### Prévenir et conseiller

Les recommandations de l'ergothérapeute ont pour but d'atténuer ou d'éliminer les obstacles à l'activité humaine et de rétablir une adéquation entre la personne et son environnement,

avec un souci d'efficacité maximale. Ses recommandations permettent également de prévenir, de compenser les situations de handicap ou d'en réduire les effets.

Il conseille également les individus sur la manière de réaliser leurs occupations pour éviter que celles-ci n'engendrent des problèmes de santé secondaires.

L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou de formation concernant les populations vulnérables à risque de perte d'indépendance et/ou d'autonomie. Il participe de ce fait à la politique de santé publique à travers la préconisation, l'entraînement à l'utilisation d'aides techniques et à travers l'aménagement de l'environnement.

### **Développer la performance et l'engagement dans les occupations**

Conscient de l'importance des occupations dans le quotidien des personnes, l'ergothérapeute s'attache à proposer des solutions concrètes pour permettre ou faciliter :

- la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques ;
- les déplacements, la communication, les loisirs ;
- l'accès ou le maintien en milieu scolaire et professionnel ;
- la pleine participation sociale et citoyenne.

#### **1.2. Le référentiel d'activités**

Le référentiel d'activités des ergothérapeutes est précisé dans l'arrêté du 5 juillet 2010. Dans l'activité 3, nous retrouvons « *l'application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques* ».

L'activité « *préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques* » est déclinée ainsi :

- Elaboration du cahier des charges à partir du besoin et de la demande de la personne concernée
- Aide au choix : information et conseil
- Veille technique et recherche d'information sur les aides techniques et assistances technologiques existantes
- Contacts avec les fabricants, les distributeurs et autres partenaires
- Essais des matériels et solutions technologiques retenus en milieu spécialisé et milieu ordinaire de vie
- Formalisation des résultats des essais de matériel
- Recherche de financements
- Réception des matériels et des solutions technologiques préconisés

- Réglages et personnalisation des matériels et des solutions technologiques
- Information et formation de la personne, de son entourage et des professionnels sur l'utilisation des aides techniques et des assistances technologiques

Les principales opérations constitutives de l'activité 5 « *réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement* » sont :

- Etat des lieux du besoin ou de la demande en concertation avec la personne, la famille et les professionnels concernés
  - o Prise de connaissance de la demande, des besoins et des avis divers
  - o Visite des sites et prise de mesures
  - o Mise en situation de la personne dans son environnement
  - o Réalisation de plans ou de croquis de la situation
- Contact avec les partenaires concernés par la demande
  - o Prise de contact avec les organismes prestataires
  - o Prise de contact avec les fournisseurs, les sociétés de conception et de fabrication de matériels
  - o Prise de contact avec les professionnels partenaires : professionnels de santé, travailleurs sociaux, professionnels du bâtiment, entrepreneurs...
  - o Prise de contact avec l'ensemble des utilisateurs de l'environnement
- Réalisation et suivi d'un dossier d'aménagement
  - o Formalisation des différentes possibilités d'aménagement
  - o Proposition de matériels, de mobiliers et d'agencement visant à un aménagement accessible, sécurisé, évolutif, durable et adapté
  - o Organisation d'essais et de démonstrations
  - o Edition d'un rapport faisant état de l'ensemble des conclusions
  - o Présentation finale du projet à la personne, à son entourage et aux partenaires
  - o Suivi de la mise en œuvre des préconisations avec les professionnels du bâtiment
  - o Entraînement à l'utilisation et l'usage de l'espace aménagé

### **1.3. Démographie**

Le nombre d'ergothérapeutes exerçant en France augmente considérablement (+75% en 10 ans). Au 1er janvier 2020, 13.644 ergothérapeutes exercent en France. Les ergothérapeutes sont majoritairement des femmes (87%). La population est jeune (âge moyen de 38,8 ans).

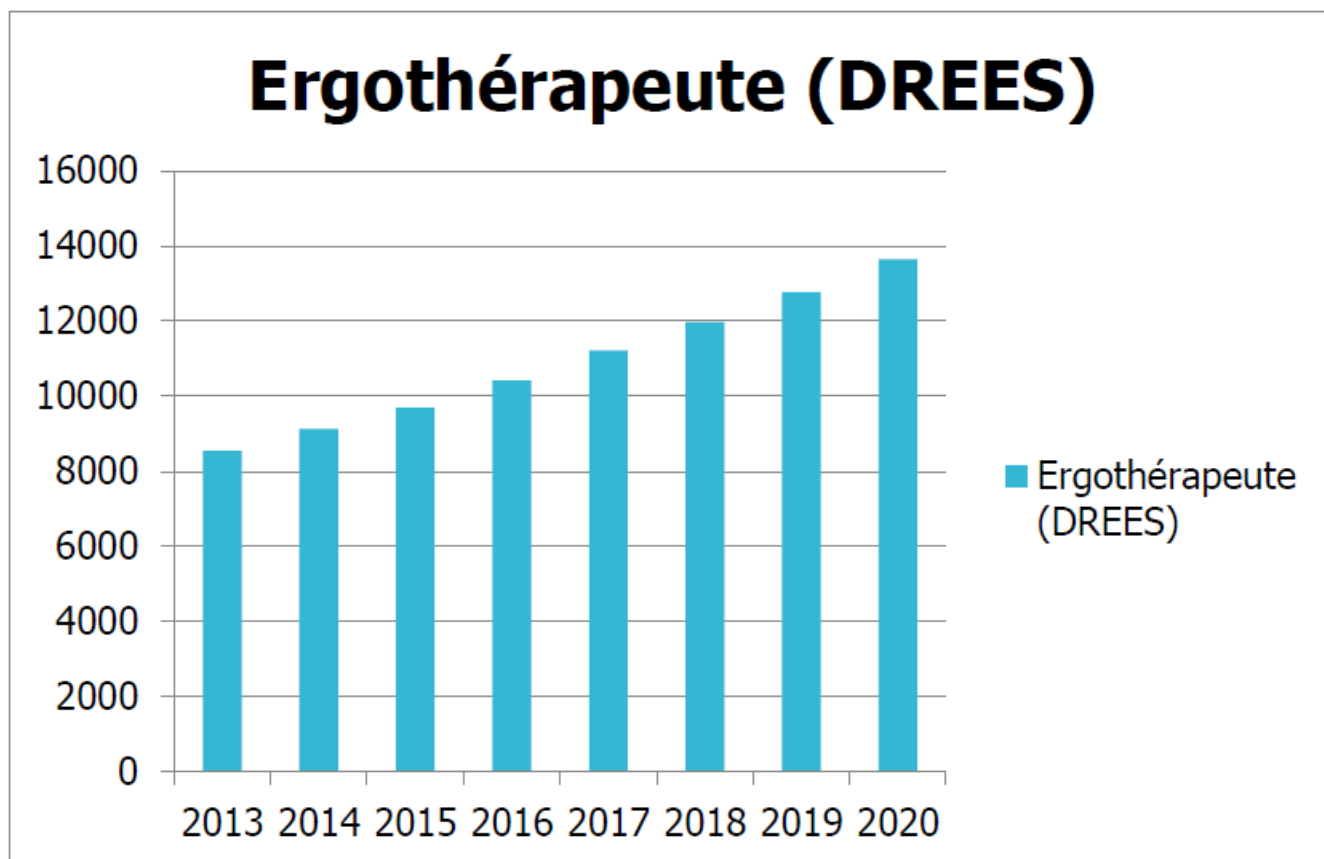


Figure 1 : Evolution du nombre d'ergothérapeutes en France

La densité des ergothérapeutes en France est de 20.37 pour 100.000 habitants (source DREES 2020), ce qui est bien en deçà de nos voisins européens (source COTEC 2018 : Danemark, 186,1 – Belgique, 95,2 – Allemagne, 73,9). La comparaison avec les autres professions paramédicales révèle toujours une disproportion flagrante, au regard des besoins de la population française.

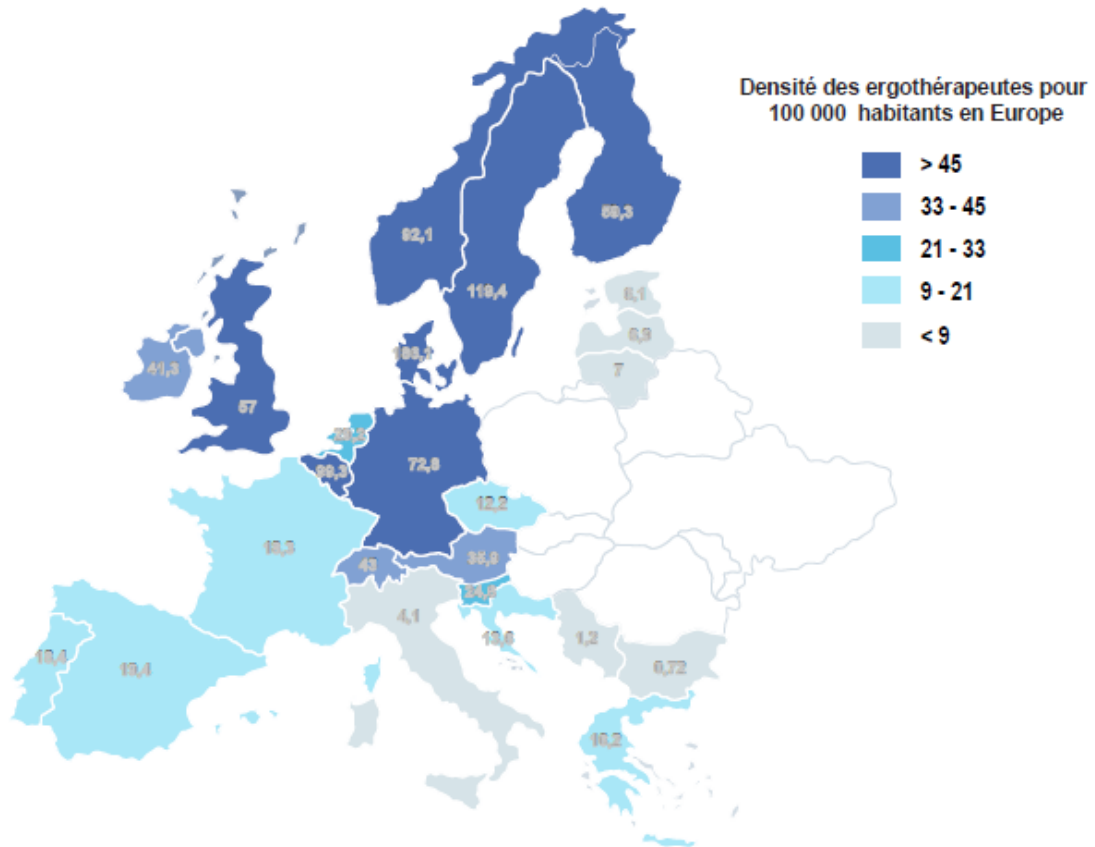


Figure 2 : Densité des ergothérapeutes pour 100.000 habitants en Europe

Du point de vue de l'implantation géographique, 16% des ergothérapeutes travaillent en Région Parisienne, 55% dans des villes de plus de 100 000 habitants, et seulement 7,7% en zone rurale. Cette répartition n'est pas du fait des professionnels, mais de l'implantation des établissements les employant. La répartition par département montre d'importantes disparités, allant du simple au septuple (7,93 ergothérapeutes pour 100 000 habitants en Haute-Loire vs 52,67 en Lozère, source DREES 2019).

### 1.4. Secteurs d'activité

Les ergothérapeutes exercent majoritairement en tant que salariés, même si l'exercice libéral se développe considérablement ces dernières années pour atteindre 13% de la profession en 2019 (7,9% en 2014), soit 2,51 ergothérapeutes pour 100.000 habitants (1,09 en 2014). Là aussi, l'accès à l'ergothérapie libérale est inégal sur le territoire (0,35 dans la Sarthe vs 7,6 dans l'Aude).

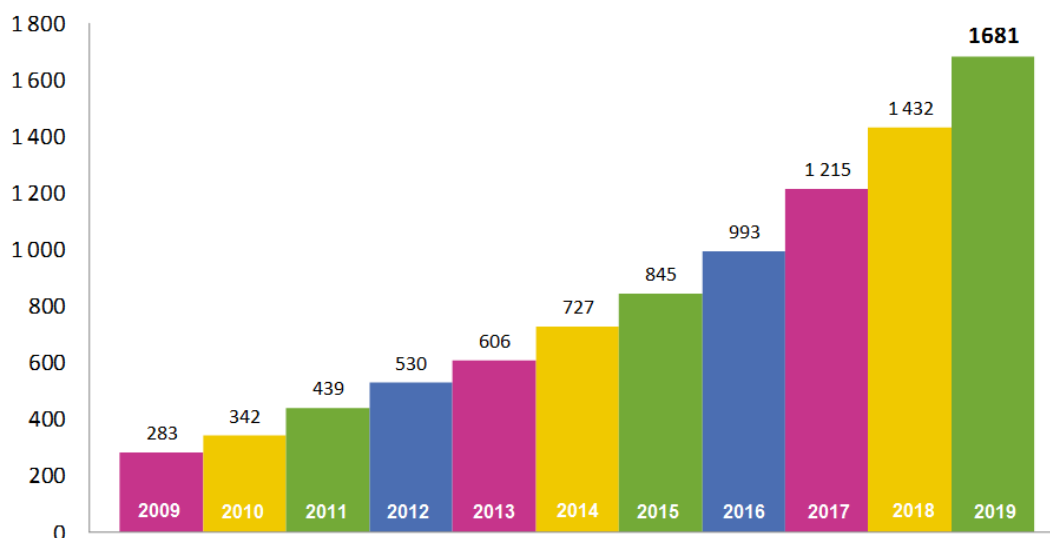


Figure 3: Evolution sur 10 ans du nombre d'ergothérapeutes exerçant en libéral en France

Les ergothérapeutes interviennent particulièrement dans le domaine de l'aménagement du logement et des aides techniques de compensation et ce à plusieurs niveaux des organisations du territoire :

- Structures de conseil et de préconisation : CICAT (Centre d'Information et de Conseils en Aides Techniques), établissements de santé et médico-sociaux, centres experts nationaux sur les aides techniques (CEREMH, CENTICH), en exercice libéral...
- Financeurs : CNSA, MDPH, mutuelles
- Prestataires de services et distributeurs de matériels
- Fabricants : en tant que conseillers techniques et au sein des services de recherche et développement
- Haute Autorité de Santé au sein de la CNEDIMTS
- Recherche



## 1.5. La formation

### 1.5.1. L'appareil de formation

La formation pour devenir ergothérapeute se réalise en 3 ans. Le nombre d'instituts de formation en ergothérapie a considérablement augmenté. Au nombre de 9 en 2009, il existe aujourd'hui 26 instituts de formations en ergothérapie en France. Le nombre d'IFE a ainsi triplé par la volonté de la profession de faire face à une pénurie annoncée due aux premiers départs à la retraite et surtout aux besoins de la population. L'ensemble du territoire français présente un maillage d'implantations avec un à quatre IFE par Région et plus de 1000 nouveaux professionnels sortant chaque année ayant validé les 180 crédits correspondant au programme de formation actuel.

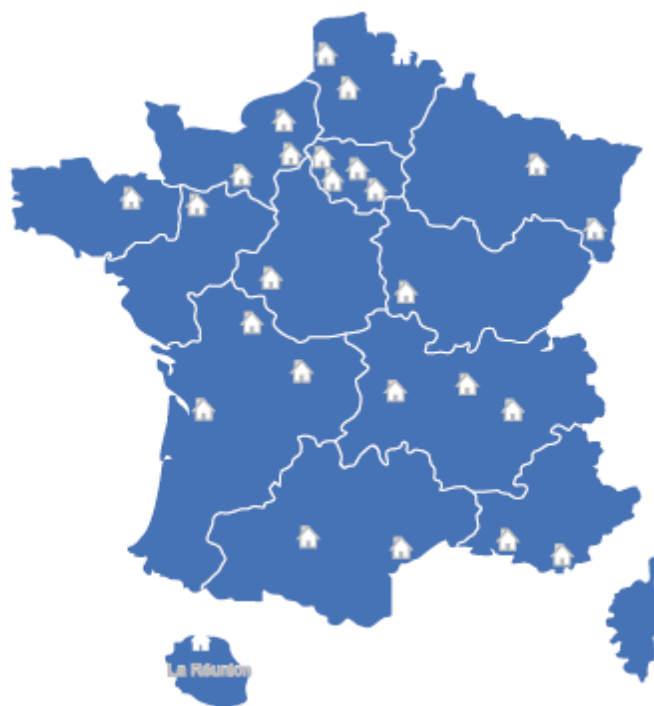


Figure 4 : Implantation des 26 IFE français

### 1.5.2. Le référentiel de formation

Le référentiel métier des ergothérapeutes<sup>2</sup> précise la compétence et le droit de préconiser les aides techniques et les assistances technologiques (domaine d'activité n°3, Compétences n°4). L'ergothérapeute est le spécialiste de la compensation et est présent à tous les stades de la préconisation des aides techniques, les assistances technologiques (AFM, 2003) et des aménagements architecturaux (domaine d'activité n°4, compétences n°2).

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute vise à l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé, d'autonomie et de qualité de vie des personnes dans le cadre d'un travail en interprofessionnalité.

Le référentiel de formation des ergothérapeutes a pour objet la professionnalisation du parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de ses compétences à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, d'attitudes et de comportements en situation d'activité ergothérapique.

L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation en relation avec la santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seules et en équipe interprofessionnelle ou de faire appel à la personne la plus compétente.

Plusieurs unités d'enseignement (UE) sont spécifiquement dédiées à la connaissance et à la démarche de préconisation des aides techniques et des aides technologiques.

La connaissance des aides techniques et technologiques et leur démarche de préconisation (évaluation des besoins de l'utilisateur en lien avec son environnement et leur apprentissage) sont directement enseignées dans des UE spécifiques. Le nombre d'heures identifiées est de 162 heures (28h pour les CM, 68h pour les TD et 66h de travail personnel), sans compter les autres UE qui intègrent leur préconisation dans les plans d'interventions des professionnels.

Ainsi, au niveau des enseignements théoriques en formation initiale, les étudiants apprennent à :

- évaluer une situation de limitation d'activité
- préconiser un environnement facilitateur (technique, humain, matériel)
- accompagner la personne vers un environnement facilitateur

---

<sup>2</sup> Arrêté du 5 juillet 2010

Les domaines 3 (224h de formation) et 4 (837h) représentent à eux seuls **plus de la moitié du temps de formation initiale.**

Outre cet aspect technique, la mise en place d'un environnement facilitateur nécessite une démarche d'accompagnement au changement et la connaissance de l'environnement partenarial (Domaine 1 = 432h de formation)

Au total, cela représente 1493h de formation délivrée, soit près de **75% du temps de formation initiale.**

Au niveau de la formation clinique des étudiants en ergothérapie (stages), la compétence 4 acquise au cours de la formation initiale démontre la formation de l'ergothérapeute dans le processus de préconisation de l'aide technique, allant de l'évaluation du besoin de la personne, en passant par le choix, la préconisation, l'essai, l'accompagnement, l'apprentissage de l'aide technique par la personne concernée et des différents acteurs de la prise en soins de la personne, ainsi que le suivi et la réévaluation de l'efficacité de l'aide préconisée.

### **1.6. La qualité d'exercice**

La profession d'ergothérapeute s'est organisée afin de garantir une pratique irréprochable sur le plan éthique et déontologique, évitant tout risque de conflit d'intérêt. Ainsi, l'ANFE a adopté des règles professionnelles qui précise un ensemble de comportements qui fait consensus et qui est considéré comme indispensable à l'exercice professionnel.

En parallèle, la profession s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et celles reconnues sur le plan international. L'ANFE, en tant que société savante, élabore des recommandations professionnelles qui font consensus au sein de la profession.

## 2. Les ergothérapeutes : Seul professionnel de santé identifiés par les acteurs de l'adaptation de l'environnement

**CNSA** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) / **MDPH** (Maison Départementales des Personnes Handicapées) : les professionnels chargés de l'évaluation et du suivi des demandes d'adaptation du lieu de vie sont les ergothérapeutes.

**Agences Régionales de Santé** : les ARS financent l'intervention d'ergothérapeutes pour l'évaluation et l'adaptation de l'environnement dans le cadre d'expérimentations visant le retour ou le maintien à domicile de personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie (PAERPA, PRADO).

**ANAH** (Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat) : L'ANAH a pour mission de mettre en œuvre la politique nationale d'amélioration du parc privé de logements existants. En matière de prévention de la perte d'autonomie, elle contribue au financement de l'adaptation de l'habitat au vieillissement et au handicap. L'ANAH fait appel au diagnostic des ergothérapeutes avant financement de l'adaptation de l'habitat au handicap et au vieillissement

**SOLIHA** : l'évaluation du domicile et les préconisations sont réalisées par des ergothérapeutes en collaboration avec des techniciens du bâtiment.

**Conférence des financeurs** : l'ensemble des programmes d'adaptation de l'environnement financés dans le cadre de la conférence des financeurs sont réalisés par des ergothérapeutes<sup>3</sup>.

**CARSAT** : de nombreux programmes de prévention des risques liés à l'habitat financent des prestations d'ergothérapeutes

**AGIRC-ARRCO** : Le Diagnostic Bien chez moi s'appuie sur l'intervention à domicile d'un ergothérapeute

---

<sup>3</sup> CNSA, Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie – Synthèse des rapports d'activités 2017

### 3. Ergothérapie et aménagement du logement : éléments de données probantes

#### 3.1. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé confirment le rôle majeur des ergothérapeutes dans l'adaptation de l'environnement

Les recommandations de la HAS sont unanimes sur la place centrale de l'expertise des ergothérapeutes :

- L'ergothérapeute intervient dans le cadre de la maladie de Parkinson pour « les adaptations environnementales pour améliorer la sécurité et la sécurité »<sup>4</sup>
- « L'ergothérapeute propose aussi des aménagements de l'environnement : accessibilité de la cuisine et des sanitaires, moyens de déplacement, au domicile et au niveau du poste de travail ».<sup>5</sup>
- « L'ergothérapie est indiquée en vue de l'enseignement des règles de protection articulaire (éducation gestuelle ou économie articulaire), du choix ou de la confection des aides techniques, de l'aménagement de l'environnement ».<sup>6</sup>
- « Des aides à la conception de l'aménagement peuvent être apportées par des professionnels de santé, en particulier les ergothérapeutes, pour proposer les solutions adaptées aux capacités du patient, en regard de l'évolution probable de ces dernières »<sup>7</sup>
- L'ergothérapeute réalise des conseils en aides techniques et aménagement de l'environnement<sup>8</sup>
- « En cas de risque élevé de chutes, un ergothérapeute ou, à défaut, un tiers agissant sous sa supervision réalise une évaluation du domicile et fait des propositions d'aménagement. »<sup>9</sup>
- L'ergothérapeute réalise les visites à domicile en vue de son adaptation<sup>10</sup>
- L'aménagement de l'environnement est un acte propre de l'ergothérapeute<sup>11</sup>
- Intérêt d'une visite à domicile et avis d'un ergothérapeute pour la prévention des chutes<sup>12</sup>
- Recommandation de favoriser l'intervention ergothérapique au domicile du patient AVC lors d'un retour à domicile<sup>13</sup>

<sup>4</sup> HAS, septembre 2016, Guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson (p61)

<sup>5</sup> HAS, décembre 2008 , La prise en charge de votre PR- vivre avec une polyarthrite rhumatoïde (p7)

<sup>6</sup> HAS, mars 2007, Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels (p47)

<sup>7</sup> Ibid, p81

<sup>8</sup> HAS, novembre 2015, actes et prestations – ALD - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave

<sup>9</sup> HAS, décembre 2013, Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? (p.2)

<sup>10</sup> ANAES, mai 2001, Le dossier du patient en ergothérapie

<sup>11</sup> HAS, janvier 2010, Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée

<sup>12</sup> HAS, mai 2018, Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée

<sup>13</sup> ANAES, décembre 2003, Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral

- « Intervention rapide de l'ergothérapeute (adaptation logement et choix de matériel pour le maintien à domicile en cas d'apparition d'handicap passager ou définitif tel que fracture, AVC, etc.). ». « Intervention à domicile sur prescription médicale d'un ergothérapeute (réalise un rapport pour améliorer les conditions de vie de la personne et préparer son retour à domicile). »<sup>14</sup>
- Intervention d'un ergothérapeute pour l'adaptation de l'habitat et la mobilité à l'intérieur du domicile et hors du domicile<sup>15</sup>
- La commission d'audition publique sur les aides techniques recommande « un accès direct à ces professionnels (libéraux) et prescription autonome par ceux-ci (libéraux ou salariés) pour les aides techniques dont ils peuvent assurer seuls la préconisation. Par exemple : accès direct aux ergothérapeutes libéraux pour les aménagements de véhicule, de logement ».<sup>16</sup>
- « Il est indispensable d'effectuer des évaluations périodiques en situation écologique en liaison avec un ergothérapeute. Elles permettent d'apprécier le niveau d'aide et d'intervention à apporter en regard des situations particulières de handicap : remise à jour des aides techniques adéquates, ajustement de l'environnement architectural, professionnel et des moyens de communication ».<sup>17</sup>
- La place des ergothérapeutes est prépondérante dans le processus de retour à domicile. Il est indispensable qu'il réalise des visites à domiciles en mettant les personnes en situation écologique.<sup>18</sup>

### 3.2. Données probantes

#### **De nombreux éléments de pratique probante justifient les compétences des ergothérapeutes dans l'aménagement du logement et la prescription des aides techniques.**

Les modifications environnementales et les indications d'aides techniques sont une partie essentielle du rôle des ergothérapeutes. Elles consistent en une analyse intégrée de l'interaction entre les déficiences des personnes, leurs habitudes de vie et leur environnement afin de proposer des modifications environnementales, des aides techniques, des assistances technologiques permettant de réduire la dépendance et garantir la sécurité en milieu

<sup>14</sup> HAS, mai 2015, Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

<sup>15</sup> Rapport Libault, mars 2019, Concertation grand âge et autonomie

<sup>16</sup> HAS, mai 2007, rapport de la commission d'audition publique « Acquisition d'une aide technique : quels acteurs ? quel processus ? (p40)

<sup>17</sup> HAS, novembre 2005, conférence de consensus « Prise en charge des personnes atteintes de scléroses latérales amyotrophique » (p27)

<sup>18</sup> ANAES, septembre 2004, conférence de consensus « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personnes adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique

ordinaire de vie. L'ergothérapeute assure l'entraînement à leur utilisation pour garantir l'appropriation et la sécurité (Cumming, 2001).

Ainsi, de nombreuses études démontrent l'efficacité des interventions environnementales des ergothérapeutes dans divers domaines de handicap (Loomis, 1965 ; Nygard, 2004), que ce soit pour préparer une sortie d'hospitalisation (Clark, 1998 ; Gliberston, 2000) ou favoriser le maintien à domicile (Lannin, 2007). Une étude Australienne auprès de 530 personnes âgées a démontré que les conseils en aménagements de l'environnement réalisés par un ergothérapeute pouvaient prévenir les chutes de sujets à risque (Cumming et al., 1999). Une étude randomisée montre des bénéfices en termes de diminution de la perte d'autonomie de personnes âgées hospitalisées pour chute ayant bénéficié de modifications du domicile par un ergothérapeute (Pardessus, 2002). Des résultats similaires sont obtenus par Logan auprès de sujet accidentés vasculaires qui démontre une amélioration de la mobilité des patients ayant bénéficiés d'aménagements du domicile par un ergothérapeute (Logan, 2004).

Généralement, l'action sur l'environnement de l'ergothérapeute est associée à une action auprès de la personne et de ses aidants et démontre chez le sujet dément en particulier, une amélioration de ses capacités instrumentales (IADL). Les troubles praxiques sévères et les modifications des schémas moteurs sont présents plus tardivement dans la maladie d'Alzheimer, ils précipitent la perte d'autonomie physique. L'intervention ergothérapique est alors axée sur le maintien des capacités d'autonomie de transfert, elle nécessite l'intégration d'aides techniques spécifiques permettant un maintien des capacités physiques du sujet et une diminution de la charge de travail des aidants (Gitlin, 2001). Une étude prospective et randomisée conduite aux USA auprès de 104 personnes âgées fragiles vivant au domicile a évalué les effets à 18 mois d'une intervention consistant à délivrer des aides techniques en fonction des résultats d'une évaluation des capacités fonctionnelles et de l'habitat. Par rapport aux sujets témoins, les personnes âgées ayant bénéficié de l'intervention ont un déclin moindre de leurs capacités fonctionnelles, une augmentation moins importante de leur douleur et des dépenses moindres en matière de soins institutionnels, de soins infirmiers et d'aides humaines au domicile (Mann et al., 1999) : « *des reconnaissances réciproques des évaluations entre partenaires permettront un recours plus économe aux compétences en ergothérapie et une limitation du coût de gestion des prestations* ».

L'ouvrage dirigé par Eric Trouvé (2016), *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*, aborde les différentes dimensions de l'environnement afin de faciliter la compréhension de ses interactions avec les personnes et leurs activités. Il présente les modifications nécessaires de l'environnement et la préconisation des technologies d'assistance pour les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées. Au-delà des technologies de la compensation, il présente celles liées à la prévention, à la sécurité, à la Télésanté, et aux dispositifs médicaux communicants ainsi que la gérontechnologie et la Silver économie. Il pose les fondements de la pratique ergothérapique, les repères éthiques et déontologiques, la responsabilité des

ergothérapeutes et des constructeurs, ainsi que les éléments du contexte d'intervention, notamment par des exemples précis : outils d'intervention, aménagement de l'environnement de travail, accessibilité comme vecteur d'intégration dans la cité, aménagement de l'environnement dans la prévention des risques liés au vieillissement, intervention environnementale auprès d'une personne déficiente auditive, soutien et implication dans l'adaptation de l'environnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, ergothérapie à domicile sous contrainte en santé mentale, aménagement du poste scolaire, ergothérapie et conduite automobile, déplacements et mobilités, etc. Cet ouvrage s'adresse aux prescripteurs, aux financeurs, aux étudiants et aux professionnels en ergothérapie.

Le rapport de l'IGAS « Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées et les personnes handicapées »<sup>19</sup> met en avant les compétences des ergothérapeutes dans ce domaine et identifie avec pertinence notre rôle et nos responsabilités dans ce processus d'acquisition des aides techniques mais aussi resitue les différents intervenants (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux...) quant à leurs compétences respectives. Selon ce même rapport, « **les ergothérapeutes sont les professionnels les plus compétents en matière d'aides techniques, bien plus que les médecins dont le programme d'études aborde très peu ce sujet** » (p40). La mission identifie 49 propositions. Celles-ci s'inscrivent complètement dans les propositions actuelles soulignées dans la Stratégie de Santé et les ambitions d'un futur plan sur le vieillissement de la population : développement des parcours de soins, coopérations entre professionnels de santé, maisons de santé, accès homogènes aux professionnels de santé... **Ces éléments ancrent définitivement les ergothérapeutes dans la démarche d'acquisition des aides techniques et légitiment leur compétence de prescription.**

Enfin, la HAS a recours systématiquement aux ergothérapeutes comme experts dans toutes les commissions de la CNEDIMTS (réforme sur les aides techniques aux transferts, VPH, aides techniques à la posture, prévention des escarres etc...) depuis de nombreuses années.

---

<sup>19</sup> Rapport IGAS, « Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées », avril 2013 - [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-033P\\_-\\_DEF.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-033P_-_DEF.pdf)



## Bibliographie

AFM, CNSA, FCE, HAS (2007). Audition publique « Acquisition d'une aide technique, quels acteurs, quel processus ? »

Bernd, T., Van Der Pijl, D., & De Witte, L. P. (2009). Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(3), 146-158. <https://doi.org/10.1080/11038120802449362>

Cambois, E., Robine, J.M. (2003). Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. DREES, n° 261.

Clark, H. (1998). Equipped for going home from hospital. *Health care later life*, 3(1), 35-45.

Cumming, R.G., (2001). Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther*, 55(6), 641-8.

Cumming, R.G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill E., Westbury C. et al. (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards : A randomized trial of falls prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, pp. 1397-1402.

Dubois, B. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. Paris, De Boeck Supérieur.

Gilbertson, L., (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital : randomised controlled trial. *BMJ*, pp. 320, 603-6.

Gitlin, L.N. (2001). A randomised control trial of a home environmental intervention : effect on efficacy and upset in caregivers and daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41(1), pp. 4-14.

Ivanoff, S. D., Iwarsson, S., & Sonn, U. (2006). Occupational therapy research on assistive technology and physical environmental issues : A literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 73(2), 109-119. <https://doi.org/10.1177/000841740607300203>

Lannin, N.A. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BMC Health Serv Res*, 14(7), pp. 42.

Logan, P.A. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*, 330, pp. 1-4

Loomis, B. (1965). The home visit : an intergral part of occupational therapy for patients with rheumatic disease. *Am J Occup Ther*, 19(5), pp. 264-8.

Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., Fraas, L., Tomita, M., Granger, C.V. (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. A randomized controlled trial. *Arch Fam Med*, 8, pp. 210-7.

Nygaard, L. (2004). Reflecting on practice : are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care. *Scand J Caring Sci*, 18(2), pp. 193-203.

Pardessus, V. (2002). Benefits of home visit for falls and autonomy in the elderly : a randomised trial study. *Am. J. Phys. Med. Rehab.*, 81(4), pp. 247-52.

Trouvé E. (2016). Agir sur l'environnement pour permettre les activités. ANFE-De Boeck, Coll. Ergothérapie.

Wanet-Defalque, M.-C., & Machabée, L. (2009). Les déterminants de la non-utilisation des aides techniques. 22.

# CONTACT



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](mailto:accueil@anfe.fr)

[www.anfe.fr](http://www.anfe.fr)