

Les dix recommandations de l'association américaine des ergothérapeutes (American Occupational Therapy Association, AOTA)

1

Ne pratiquez pas d'interventions sans objectifs (p. ex. cônes, chevilles, arc de rééducation de l'épaule, vélos à bras).

Les activités avec objectifs – c.-à-d. les tâches qui relèvent de la routine quotidienne, font sens, sont pertinentes et sont perçues comme utiles, tels que l'hygiène personnelle, la tenue du foyer, l'école et le travail – constituent un principe fondamental de l'ergothérapie. Les recherches ont montré que le recours à des activités orientées objectifs (occupations) dans le cadre des interventions, constitue une motivation intrinsèque pour les patients. Ces activités permettent d'améliorer l'attention, l'endurance, la motricité, la tolérance à la douleur et l'engagement, débouchant ainsi sur de meilleurs résultats pour le patient. Les activités orientées objectifs reposent sur les capacités de la personne et lui permettent d'atteindre ses propres objectifs fonctionnels. Les activités sans objectifs, à l'inverse, ne stimulent pas l'intérêt et la motivation, ce qui entraîne une baisse de participation du patient et des résultats suboptimal.

2

Ne proposez pas d'interventions sensorielles à des enfants ou des adolescents sans avoir obtenu les résultats d'une évaluation documentée de leurs difficultés à traiter ou à recevoir des stimuli sensoriels.

De nombreux enfants et adolescents souffrent de difficultés à traiter ou intégrer les sensations, ce qui affecte négativement leur capacité à prendre part à des occupations significatives et valorisantes. Traiter et intégrer les sensations sont des tâches complexes, ce qui entraîne des schémas de dysfonctionnement individuels qui doivent être traités au cas par cas. Les interventions qui ne ciblent pas les schémas de dysfonctionnement documentés peuvent s'avérer inefficaces voire négatifs. Par conséquent, il est indispensable d'évaluer et de documenter les difficultés sensorielles spécifiques avant de pratiquer des interventions sensorielles telles que l'intégration sensorielle selon Jean Ayres (Ayres Sensory Integration®), les gilets lestés, les programmes d'écoute ou les diètes sensorielles.

3

Ne recourez pas aux méthodes avec agents physiques sans proposer d'activités utiles reposant sur les occupations.

L'utilisation exclusive d'agents physiques (Physical Agent Modalities - PAMs) comme moyens thérapeutiques (p. ex. : agents thermiques superficiels, agents thermiques profonds, électrothérapie, appareils mécaniques) dans le cadre d'une intervention thérapeutique sans application directe aux performances occupationnelles n'est pas considérée comme de l'ergothérapie. Les agents physiques (PAM) associés à une composante fonctionnelle peuvent avoir des effets plus positifs sur la santé. Les méthodes utilisant les agents physiques (PAM) devraient s'inscrire dans un programme ergothérapeutique et un plan d'intervention plus larges, en guise de préparation ou parallèlement aux activités ou interventions ciblées qui améliorent l'engagement occupationnel.

4

N'utilisez pas de poulies pour des personnes présentant une épaule hémiparalysée.

L'utilisation d'une poulie en hauteur pour les personnes souffrant d'une épaule hémiparalysée suite à un AVC ou un autre problème médical est considérée comme une pratique trop agressive et devrait être évitée, puisqu'elle présente un risque élevé de développement de douleurs de l'épaule pour le patient. Privilégiez des exercices et activités plus doux, avec une amplitude de mouvements contrôlée.

5

Ne pratiquez pas d'interventions cognitives (p. ex., exercices écrits, exercices sur bureau, logiciels d'entraînement cognitif) sans lien direct avec les performances occupationnelles.

Pour améliorer les performances occupationnelles, les interventions cognitives doivent toujours être ancrées dans une activité pertinente pour le patient. Les exemples d'interventions cognitives comprennent les approches fondées sur la conscience, l'entraînement stratégique, l'entraînement à la tâche, les modifications de l'environnement et les technologies d'assistance. Le recours aux interventions cognitives sans lien avec les performances occupationnelles donnera des résultats suboptimaux pour le patient.

6

Ne débutez pas d'intervention ergothérapeutique sans établir le profil occupationnel du client et sans définir des objectifs communs.

La bonne pratique en ergothérapie repose sur la compréhension par le thérapeute du client – en termes d'histoire et d'expérience occupationnelle, de ses habitudes de la vie quotidienne, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins - et l'établissement d'un partenariat actif avec lui ainsi que les autres partenaires de soins (p. ex., conjoint, parents, soignants) pour définir des objectifs significatifs. Comme indiqué dans la quatrième édition du Cadre de référence de l'ergothérapie: Occupational Therapy Practice Framework : Domaine et processus

(OTPF-4), «seuls les clients peuvent identifier les occupations qui donnent un sens à leur vie et sélectionner les objectifs et les priorités qui sont importants pour eux» (AOTA, 2020). Le client ou les partenaires de soins doivent contribuer à l'élaboration du profil et à l'identification des objectifs, des priorités et des résultats pour garantir un engagement complet dans les occupations définies.

7

Ne proposez pas d'interventions aux personnes autistes pour réduire ou éliminer des «comportements, des activités ou des intérêts restreints et répétitifs» sans évaluer et comprendre la signification du comportement pour la personne, ainsi que les facteurs personnels et environnementaux.

Les ergothérapeutes devraient proposer des interventions centrées sur la personne et fondées sur ses points forts, défendre les personnes autistes sur le plan individuel et sociétal en fournissant des informations favorisant l'inclusion et le sentiment d'appartenance, et réduisant la stigmatisation. Les actions considérées comme des modes de «comportements restreints et répétitifs» par le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) peuvent servir d'activités pour favoriser l'autorégulation, la communication ou l'expression de soi. Tenter de changer ou de détruire ces comportements sans que la personne concernée le demande, sans comprendre et intégrer les significations sous-jacentes, ou substituer d'autres actions pour l'autorégulation du comportement donne généralement lieu à un camouflage (p. ex., masquer ou dissimuler des comportements). Les conséquences en sont une image de soi négative, une dépression, voire un risque accru de suicide.

8

N'utilisez pas de programmes d'intégration des réflexes pour les personnes présentant un retard de développement des réflexes moteurs primaires sans liens apparents avec les résultats occupationnels.

Les interventions conçues uniquement pour intégrer les réflexes conservés ne favorisent pas la participation aux occupations. Bien que ces réflexes puissent être observés chez des clients ayant des difficultés de performance occupationnelle, leur existence n'est pas nécessairement synonyme de déficience fonctionnelle. Si des techniques d'intégration des réflexes (c.-à-d. des techniques conçues pour intégrer, ou inhiber, les réflexes moteurs primaires qui sont conservés au-delà du stade de développement typique de l'intégration) sont envisagées pour une intervention, des outils et des méthodes d'évaluation standardisés sont nécessaires pour établir un lien entre la déficience et la performance occupationnelle. L'intervention doit se concentrer sur l'amélioration de la participation et de la performance occupationnelle plutôt que sur la seule intégration des réflexes.

9

N'utilisez pas d'écharpes chez les personnes qui ont un bras hémiplégique qui place le bras dans une position de flexion pendant de longues périodes.

Les écharpes standard immobilisent le membre supérieur en position de flexion (c'est-à-dire en position de flexion du coude, d'adduction et de rotation interne de l'épaule). L'utilisation d'une écharpe qui place le bras hémiplégique dans cette position pendant de longues périodes augmente le risque de contractures et de douleurs, et limite l'utilisation active du membre, diminuant ainsi les possibilités de changements neuroplastiques qui favorisent une augmentation organique de la fonction. Les clients et les soignants doivent être informés du positionnement sûr du bras hémiplégique pendant l'activité et au repos.

10

Ne proposez pas d'interventions d'entraînement à la marche ou à la déambulation qui n'ont pas de lien direct avec la mobilité fonctionnelle.

La pratique de l'ergothérapie nécessite la prise en compte des facteurs contextuels qui affectent la capacité d'une personne à participer à des occupations significatives. Les interventions d'entraînement à la marche et de déambulation ne tiennent pas nécessairement compte du contexte des activités quotidiennes. Bien que les ergothérapeutes puissent évaluer les aptitudes sous-jacentes par rapport aux performances pendant les activités de déambulation et de marche et intervenir en conséquence, ils doivent traiter la mobilité fonctionnelle en tenant compte du contexte pour être en mesure de proposer des interventions efficaces, fondées sur des données probantes et significatives pour le client.

Ces recommandations sont mises à disposition uniquement à titre d'information et ne sont pas destinés à remplacer une consultation d'un professionnel de la santé. Les patients ayant des questions spécifiques à propos de certains items de la liste ou sur leur situation personnelle devraient consulter un professionnel de la santé.