

L'ergothérapie améliore-t-elle la qualité de vie des résidents des maisons de repos et de soins ?

Référence

Portillo CU, Calvo Arenillas JI, Miralles PM. Occupational therapy interventions for the improvement of the quality of life of healthy older adults living in nursing homes: a systematic review. Am J Health Promot 2023;37:698-704. DOI: 10.1177/08901171221145159

Analyse de

Leen De Coninck, ergothérapeute en gerontologie
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quel est l'effet des interventions d'ergothérapie sur la qualité de vie des personnes en bonne santé âgées de plus de 65 ans qui résident en maison de repos et de soins (MRS) ?

Contexte

Minerva a publié des commentaires à propos de la prise en charge des personnes âgées portant principalement sur le fonctionnement physique ou cognitif (1-12). Mais le vieillissement affecte aussi la qualité de vie (13), qui est donc un élément essentiel du bien-être de la personne âgée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la qualité de vie est la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit ; la qualité de vie est influencée de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, ses relations sociales et ses croyances personnelles » (14). À mesure que la personne avance en âge, le risque de problèmes chroniques complexes et de dépendance aux soins s'accroît, ce qui augmente également les chances d'admission dans une MRS (15). Ce sont précisément ces changements dans son état de santé et dans son environnement qui ont une influence sur la perception qu'a la personne âgée de sa situation dans la vie. La réalisation d'activités significatives et la participation sociale ont une influence bénéfique sur le bien-être mental de chaque personne, y compris des personnes âgées (16). Les activités significatives sont définies comme « les actions quotidiennes que les personnes accomplissent en tant qu'individus dans leur contexte social immédiat ou au sein de leur communauté pour consacrer du temps à un objectif et donner du sens à leur vie ». Les activités significatives sont autant des activités que la personne est obligée de faire, que des activités qu'elle souhaite faire ou qui sont attendues d'elle (17). Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qui se concentrent sur des activités significatives, sur la participation sociale et sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap (18). Les ergothérapeutes des MRS, en tenant compte de l'influence du vieillissement sur le fonctionnement, pourraient contribuer à la qualité de vie des résidents.

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique (19)

Sources consultées

- PubMed, Web of Science (WOS), Dialnet, Scopus, Cochrane, Cinahl, SciELO et Google Scholar ; de 2012 au 20 février 2022
- pas de restriction quant au pays ou à la langue de publication.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion : études portant sur l'effet des interventions d'ergothérapie des MRS sur les personnes âgées en bonne santé (> 65 ans) ; « en bonne santé » étant défini comme « fonctionnant de manière autonome, n'ayant aucune maladie objectivement diagnostiquée, aucune limitation physique ou cognitive, ni aucun problème social dû à l'état de santé » ; les

interventions devaient viser une action significative orientée vers un objectif, la participation sociale et une augmentation des possibilités d'accès aux activités significatives orientées vers un objectif

- critères d'exclusion : études menées auprès de personnes vivant à domicile ou de personnes hospitalisées ou en soins palliatifs ; études examinant principalement l'effet sur des problèmes de santé invalidants (maladies chroniques, déficiences physiques ou troubles cognitifs, problèmes sociaux conduisant à une dépendance) ; séries de cas, études de cohortes ou études cas-témoins de faible qualité, protocoles, thèses, éditoriaux
- finalement, inclusion de 6 études, dont 4 études randomisées contrôlées (RCT), 1 étude quasi-expérimentale et 1 synthèse méthodique ; menées en Autriche (N = 1), en Suède (N = 1) et au Japon (N = 3).

Population étudiée

- inclusion de 582 participants au total (44 à 222 par étude) ; âge moyen : 72 à 84 ans ; 51% à 95% de femmes.

Mesure des résultats

- critères de jugement examinés : satisfaction vis-à-vis de la vie (perception d'une évolution vers l'identification d'objectifs), concept de soi (croyances à propos de soi-même et sentiments sur soi-même), santé et capacités fonctionnelles (comme l'état de santé et les capacités d'autonomie en matière de santé), facteurs socio-économiques.

Résultats

- trois études examinaient l'effet de la promotion du vieillissement actif (« *active aging* ») se focalisant sur l'activité physique (20-22) (voir la description des études dans le tableau 1)
- deux études examinaient l'effet de la promotion du vieillissement actif se focalisant sur la cognition, le temps libre et la participation sociale et sur les activités favorisant la santé (21,22) (voir la description des études dans le tableau 1)

Tableau 1.

Etude	Conception de l'étude	Population	Intervention / contrôle	Critère de jugement	Résultats significatifs
Cichocki M, et al. (20)	RCT	n = 222	- groupe intervention : activité physique facilement accessible, en groupe à raison d'une séance de 60 minutes par semaine pendant 20 semaines - groupe témoin : 3 séances d'activités de loisirs sociaux en groupe	qualité de vie liée à la santé (EuroQoL-5)	amélioration de la qualité de vie liée à la santé dans le groupe intervention (p = 0,001 ; d = 0,36)
Johansson A et Björklund A. (21)	étude quasi-expérimentale	n = 40	- groupe intervention : activités de groupe et individuelles basées sur différents aspects, tels que les activités significatives, la santé, la mobilité, la	capacités fonctionnelles physiques, douleur physique et vitalité	dans le groupe intervention, on a observé une amélioration dans 5 des 8 sous-échelles du SF-36 (capacités fonctionnelles physiques,

			<p>sécurité, l'activité physique, le mouvement, le bien-être mental, les relations sociales ; en 2 séances hebdomadaires collectives de 60 minutes et 4 séances hebdomadaires individuelles de 60 minutes pendant 16 semaines</p> <p>- groupe témoin : séances occasionnelles d'interventions individuelles de promotion de la santé pendant 16 semaines</p>	<p>- cognition, loisirs et participation sociale, et promotion de la santé</p>	<p>douleur physique, état de santé général, vitalité et bien-être mental), ainsi que sur le plan de la vitalité (p = 0,01) et du bien-être mental (p = 0,03)</p> <p>- à 4 mois : effet significatif sur le bien-être et la santé générale dans le groupe d'intervention</p>
Arbesman M et Lieberman D (22)	synthèse méthodique	n = 197	programmes de vieillissement actif	<p>- performance physique</p> <p>- cognition, loisirs et participation sociale, et promotion de la santé</p>	<p>- la participation accrue aux activités physiques entraîne une diminution de la mortalité, une augmentation du fonctionnement et une diminution des limitations de la dépendance dans les AVQ et les AIVQ, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie</p> <p>- la participation à des activités cognitives et de loisirs (telles que la lecture) est associée à une diminution du risque de démence et à une augmentation de la participation sociale</p> <p>-la présence d'un réseau social solide conduit à des niveaux inférieurs de déficience cognitive et physique et à la perception d'une meilleure qualité de vie</p>

- une étude a examiné l'effet des activités significatives et la qualité de vie en se focalisant sur la communication, la motivation, les habitudes et la performance (23) (voir la description des études dans le tableau 2)
- deux études ont examiné l'effet des activités significatives et la qualité de vie en se focalisant sur les activités significatives (24,25) (voir la description des études dans le tableau 2)

Tableau 2.

Etude	Concept ion de l'étude	Populatio n	Intervention / contrôle	Critère de jugement	Résultats significatifs
Kawamata H, et al. (23)	RCT	N = 220	- groupe intervention : conversations et séminaires sur la communication, la motivation, les habitudes, la performance et l'environnement ; 1 séance de 2 heures en groupe toutes les 2 semaines pendant 30 semaines - groupe témoin : programme d'artisanat ; 1 séance de 2 heures en groupe toutes les 2 semaines pendant 30 semaines	douleurs physiques	dans le groupe intervention, diminution des douleurs physiques (SF-36) (p = 0,05) et amélioration de la dimension « environnement » du WHOQOL-26 (questionnaire de qualité de vie développé par l'OMS) (p = 0,02)
Nagayama H, et al. (24)	RCT en grappe	n = 44	- groupe intervention : identification d'activités significatives à partir de 95 illustrations d'activités quotidiennes ; 2 séances hebdomadaires de 20 minutes pendant 16 semaines - groupe témoin : interventions de restauration des capacités concernant la force musculaire et l'entraînement cognitif ; 2 séances hebdomadaires de 20 minutes pendant 16 semaines	capacités fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne	amélioration du score à l'indice de Barthel (p = 0,027) dans le groupe intervention
Yoshida I, et al. (25)	RCT	n = 56	équilibrer les difficultés et les capacités	qualité de vie liée à la santé	amélioration de la qualité de vie dans le groupe intervention (EQ-5D : p = 0,022, d = 0,76 et SF-8 : p = 0,001, d = 0,99)

Conclusion des auteurs

Les interventions d'ergothérapie basées sur la possibilité de choisir des activités significatives peuvent améliorer la qualité de vie autodéclarée des personnes âgées en bonne santé vivant en MRS.

Financement de l'étude

Aucun.

Conflits d'intérêt des auteurs

Aucun.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Les auteurs de cette synthèse méthodique ont effectué des recherches approfondies et systématiques dans sept bases de données différentes. Tant les critères d'inclusion que les critères d'exclusion sont soigneusement décrits. Les études incluses sont cliniquement très hétérogènes sur plusieurs points : pays où elles ont été menées, nombre de participants inclus, interventions effectuées et plan expérimental. Par exemple, une synthèse méthodique a été incluse également avec des études primaires (RCT et études quasi-expérimentales). Cette synthèse méthodique incluse (22) date de 2012, ce qui veut dire que les dates de publication des études individuelles sortent du cadre des critères d'inclusion de la synthèse méthodique qui fait l'objet du présent article. D'un point de vue méthodologique, il aurait été plus correct d'extraire toutes les études primaires et de les évaluer séparément. Il n'a pas été possible de réaliser une méta-analyse en raison de l'importante hétérogénéité clinique, et il a fallu se limiter à une simple description des résultats. La classification des six études incluses selon quatre thèmes pourrait être interprétée comme une tentative des auteurs de présenter les résultats plus clairement. Mais le nombre d'études par thème est dès lors tellement limité qu'il n'est plus possible d'exprimer les résultats de manière nuancée. Le risque de biais des études incluses a été évalué au moyen de l'outil Cochrane Risque de biais et de l'outil AMSTAR-2 (pour ce qui est de la synthèse méthodique incluse). Le risque de biais était faible pour quatre études, et il était modéré pour deux études. Cette estimation de la qualité méthodologique des études incluses doit toutefois être relativisée. Sur la base des données brutes, la synthèse méthodique incluse aurait dû, selon les critères AMSTAR, être évaluée comme « extrêmement faible » (*critical low*) plutôt que « modérée » (*moderate*). À l'exception de l'étude de Johansson et Björklund (21), chaque étude primaire a reçu un score favorable pour ce qui est de la mise en aveugle des participants. Cela nous paraît surprenant car la nature des activités décrites rend la mise en aveugle quasiment impossible. La mise en aveugle des thérapeutes est également jugée favorable dans deux des cinq études, alors que la nature de l'intervention rend également impossible la mise en aveugle des thérapeutes. La mise en aveugle des évaluateurs est notée comme favorable pour trois études et comme indéterminée pour deux études. Étant donné que les instruments de mesure utilisés étaient principalement basés sur l'auto-évaluation, il nous semble impossible que tous les évaluateurs (généralement les participants eux-mêmes) aient été en aveugle.

Évaluation des résultats

Les résultats trouvés sont tous, à une exception près, significativement en faveur de l'intervention. Cela peut indiquer un biais de publication, ce qu'il n'est pas possible d'examiner en raison du petit nombre d'études incluses. La population incluse était composée de personnes âgées en bonne santé qui vivaient dans des structures résidentielles. Ont été exclues toutes les personnes âgées présentant une maladie objectivement diagnostiquée, un handicap physique ou cognitif ou des problèmes sociaux dus à leur état de santé. Comme, en Belgique, il est plutôt exceptionnel qu'une personne âgée en bonne santé réside dans une maison de repos et de soins, il est pratiquement impossible d'extrapoler les résultats aux soins de santé belges. Compte tenu de l'hétérogénéité entre les interventions, il est également difficile de savoir quelles sont celles qui sont efficaces et combien de temps elles doivent être maintenues pour être efficaces. En outre, les interventions comportent parfois plusieurs (jusqu'à vingt) sous-interventions vaguement décrites, ce qui rendrait leur reproduction extrêmement difficile.

Que disent les guides pour la pratique clinique ?

On ne dispose actuellement d'aucun guide de pratique sur ce sujet. En 2023, une recommandation a été validée par le Cebam concernant l'impact de l'ergothérapie sur le fonctionnement physique et la participation sociale des personnes âgées physiquement fragiles vivant à domicile (26). Ce guide fournit

des conseils d'ergothérapie visant à promouvoir le fonctionnement (sûr) dans les activités quotidiennes et la participation sociale. Plusieurs de ces recommandations sont également applicables aux personnes âgées vivant en institution.

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique avec une présentation de manière narrative des résultats de six études cliniquement très hétérogènes, suggère qu'en termes de fonctionnement physique et de qualité de vie, les interventions d'ergothérapie basées sur le *vieillessement actif* et sur des *activités significatives* sont bénéfiques pour les personnes âgées en bonne santé qui résident en maison de repos et de soins. Cette étude ne nous permet toutefois pas d'évaluer quelles interventions et quels éléments d'intervention sont particulièrement efficaces. Il est donc certainement nécessaire de mener une étude randomisée, contrôlée avec des interventions clairement définies.

Références voir site web